

T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Bilim Dalı

PANDEMİ SÜRECİNDE SİGARA BAĞIMLILIĞI VE
YEME BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Burcu VOİGT

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İstanbul – 2022

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Burcu VOIGT

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Pandemi Sürecinde Sigara Bağımlılığı ve Yeme Bozukluğu İlişkisi

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 27.01.2022

Sayfa Sayısı : 133

Tez : Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

Danışmanları

Dizin Terimleri : Sigara bağımlılığı, yeme bozukluğu

Türkçe Özet : Pandemi sürecinde; sigara kullanım ve yeme bozukluk düzeylerinde farklılık olup olmadığı da incelenmiştir.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Burcu VOIGT

T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Bilim Dalı

PANDEMİ SÜRECİNDE SİGARA BAĞIMLILIĞI VE
YEME BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Burcu VOİGT

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İstanbul – 2022

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Burcu VOIGT

.../.../2022



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Burcu VOİGT' in "Pandemi Sürecinde Sigara Bağımlılığı ve Yeme Bozukluğu İlişkisi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

(Danışman)

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ömer AKGÜL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 20..

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırma pandemi sürecinde çalışanların sigara bağımlılığı ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada ayrıca katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine (yaş, cinsiyet, vb.) göre pandemi sürecinde; sigara kullanım ve yeme bozukluk düzeylerinde farklılık olup olmadığı da incelenmiştir.

Amaç doğrultusunda kişisel bilgi formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinden oluşan veri toplama aracı; 2021 yılında İstanbul'da çalışan ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 444 kişiye uygulanmıştır.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığı ile değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda sigara bağımlılığı ile yeme bozukluğunun tüm boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanırken, sigara bağımlılığının yeme bozukluğunu artırdığı saptanmıştır. Araştırmada ayrıca katılımcıların; algılanan aylık gelir düzeyine, pandemi döneminde sigara kullanım değişimine, sigaraya başlama yaşına, cinsiyetlerine, medeni duruma, sigarayı bırakmayı deneme ve alkol kullanımına göre sigara bağımlılık düzeyleri farklılık göstermezken, aylık gelir durumuna, günlük tüketilen sigara miktarına, sigara kullanma süresine, yaşlarına ve öğrenim durumlarına ve aynı evde yaşayan çocuk varlığına, evde başka sigara içen kişi olma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Yeme bozukluk düzeylerinin ise; algılanan gelir düzeyi, günlük tüketilen sigara miktarına, pandemi sürecindeki sigara kullanım düzeyine, sigara kullanım süresine, sigaraya başlama yaşına, yaşlarına, öğrenim düzeylerine, alkol kullanımına, evde yaşayan çocuk varlığına, cinsiyetlerine, evde sigara içen başkasının varlığına, sigarayı bırakmayı deneme durumu, sürekli ilaç kullanma durumuna göre farklılık gösterdiği, medeni duruma göre ise farklılık göstermediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sigara bağımlılığı, yeme bozukluğu

SUMMARY

This research was carried out to examine the relationships between smoking addiction and eating disorders in employees during the pandemic process. In the study, according to the descriptive characteristics of the participants (age, gender, etc.), during the pandemic process; It was also investigated whether there was a difference in the levels of smoking and eating disorders.

In line with the purpose, data collection tool consisting of personal information form, Fagerström Nicotine Addiction Test and Eating Disorder Rating Scale; It was applied to 444 people working in Istanbul and volunteering to participate in the research in 2021.

The obtained data were evaluated by means of SPSS 22.0 statistical program in computer environment.

As a result of the research, while positive and significant relationships were found between smoking addiction and all dimensions of eating disorder, it was determined that smoking addiction increased the eating disorder. In addition, the participants in the study; While cigarette addiction levels do not differ according to perceived monthly income level, change in smoking during the pandemic, age of onset of smoking, gender, marital status, trying to quit smoking and alcohol use, monthly income status, amount of cigarettes consumed daily, smoking duration, age and educational status. It was determined that it differs according to the presence of children living in the same house and being another smoker at home.

Eating disorder levels are; Perceived income level, the amount of cigarettes consumed daily, the level of smoking during the pandemic process, the duration of smoking, the age of starting smoking, their age, education level, alcohol use, presence of children living at home, gender, presence of someone else smoking at home, attempting to quit smoking, It was determined that it differed according to the status of continuous drug use, but did not differ according to the marital status.

Keywords: Smoking addiction, eating disorder

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
EKLER LİSTESİ	ix
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Araştırmanın Problemi	4
1.1.1. Araştırmanın Alt Problemleri.....	4
1.1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.1.3. Araştırmanın Önemi.....	5
1.1.4. Araştırmanın Sayıltıları	7
1.1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	7

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. Sigara Bağımlılığı.....	8
2.1.1. Sigara Kavramı ve Sigara İçeriği	8
2.1.2. Sigara Bağımlılığı	9
2.1.3. Sigara Bağımlılığı Tanısı	12
2.1.4. Dünyada Ve Türkiye’de Sigara Kullanım Sıklığı.....	14
2.1.5. Sigara Kullanmaya Başlama ve Devam Etme Nedenleri.....	15
2.1.6. Sigara Bağımlılığının Nedenleri ve Boyutları.....	19
2.1.7. Sigara Bağımlılığının Risk Faktörleri	21
2.1.8. Sigara Bağımlılığı Sonuçları	21
2.1.9. Sigara Bağımlılığı ve Psikoloji	22
2.1.10. Psikososyal Destek Programı Tedavisi	23
2.1.11. Sigara Kullanımı ve Yeme Bozukluğu İlişkisi.....	23
2.2. Yeme Bozukluğu	26
2.2.1. Yeme Bozukluğu Kavramı.....	26

2.2.2.	Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	27
2.2.3.	Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	28
2.2.4.	Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma	32
2.2.5.	Yeme Bozukluklarında Klinik Değerlendirme	37
2.2.6.	Yeme Bozukluklarında Tedavi	38
2.2.7.	Yeme Bozukluklarında Psikolojik Psikoterapi	39

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.1.	Araştırmanın Modeli	41
3.2.	Evren ve Örneklem.....	41
3.3.	Veri Toplama Aracı.....	41
3.3.1.	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	41
3.3.2.	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	41
3.4.	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	42

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

4.1.	Katılanların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	44
4.2.	Nikotin Bağımlılığına Yönelik Bulgular	47
4.3.	Yeme Bozukluğuna Yönelik Bulgular	48
4.4.	Nikotin Bağımlılığı İle Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişkiler	48
4.5.	Nikotin Bağımlılığının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşması.....	52
4.6.	Yeme Bozukluğunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşması	60

TARTIŞMA VE YORUM.....	93
-------------------------------	-----------

ÖNERİLER	99
-----------------------	-----------

KAYNAKLAR	101
------------------------	------------

EKLER.....	116
-------------------	------------

KISALTMALAR

APB	: Abnormal Personality Behaviour
ÇFLA	: Çok Faktörlü Liderlik Anketi
ESP	: Extra Sensory Perception
ETA	: En Az Tercih Edilen İş Arkadaşı Anketi
HRM	: Human Research Management
KLA	: Karizmatik Lider Anlayışı
LBDQ	: Leader Behaviour Description Questionnaire
LPC	: The Least Preferred Co-Worker
MLQ	: Multifactor Leadership Questionnaire
NŞA	: Normal Şartlar Altında
TLA	: Technical Leadership Analysis
YSÜ	: Yeni Sanayileşen Ülkeler

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Normal Dağılım	42
Tablo 2. Katılanların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	44
Tablo 3. Nikotin Bağımlılığı Puan Ortalamaları	48
Tablo 4. Yeme Bozukluğu Puan Ortalamaları	48
Tablo 5. Nikotin Bağımlılığı Ve Yeme Bozukluğu Puanları Arasında Korelasyon Analizi	49
Tablo 6. Nikotin Bağımlılığının Yeme Bozukluğu Üzerine Etkisi	50
Tablo 7. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu	52
Tablo 8. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu.....	52
Tablo 9. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu	53
Tablo 10. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	53
Tablo 11. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Aylık Gelire Göre Farklılaşma Durumu	54
Tablo 12. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Algılanan Gelire Göre Farklılaşma Durumu	54
Tablo 13. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Aynı Evde Yaşayan Çocuk Varlığına Göre Farklılaşma Durumu.....	55
Tablo 14. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sürekli Kullanılan İlaç Varlığına Göre Farklılaşma Durumu.....	55
Tablo 15. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sigara Kullanma Süresine Göre Farklılaşma Durumu.....	55
Tablo 16. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Günlük Tüketilen Sigara Miktarına Göre Farklılaşma Durumu.....	57

Tablo 17. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sigaraya Başlama Yaşına Göre Farklılaşma Durumu.....	58
Tablo 18. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	59
Tablo 19. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Evde Başka Sigara İçen Biri Varlığına Göre Farklılaşma Durumu.....	59
Tablo 20. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Pandemi Sürecinden Sigara Kullanım Değişimine Göre Farklılaşma Durumu	59
Tablo 21. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Alkol Kullanımına Göre Farklılaşma Durumu	60
Tablo 22. Yeme Bozukluğu Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu.....	60
Tablo 23. Yeme Bozukluğu Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu.....	61
Tablo 24. Yeme Bozukluğu Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu	64
Tablo 25. Yeme Bozukluğu Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	65
Tablo 26. Yeme Bozukluğu Puanlarının Aylık Gelire Göre Farklılaşma Durumu...	69
Tablo 27. Yeme Bozukluğu Puanlarının Algılanan Gelire Göre Farklılaşma Durumu	71
Tablo 28. Yeme Bozukluğu Puanlarının Aynı Evde Yaşayan Çocuk Varlığına Göre Farklılaşma Durumu.....	73
Tablo 29. Yeme Bozukluğu Puanlarının Sürekli Kullanılan İlaç Varlığına Göre Farklılaşma Durumu.....	73
Tablo 30. Yeme Bozukluğu Puanlarının Sigara Kullanma Süresine Göre Farklılaşma Durumu	75
Tablo 31. Yeme Bozukluğu Puanlarının Günlük Tüketilen Sigara Miktarına Göre Farklılaşma Durumu.....	80

Tablo 32. Yeme Bozukluğu Puanlarının Sigaraya Başlama Yaşına Göre Farklılaşma Durumu	84
Tablo 33. Yeme Bozukluğu Puanlarının Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	87
Tablo 34. Yeme Bozukluğu Puanlarının Evde Başka Sigara İçen Biri Varlığına Göre Farklılaşma Durumu.....	88
Tablo 35. Yeme Bozukluğu Puanlarının Pandemi Sürecinden Sigara Kullanım Değişimine Göre Farklılaşma Durumu	90
Tablo 36. Yeme Bozukluğu Puanlarının Alkol Kullanımına Göre Farklılaşma Durumu	91

EKLER LİSTESİ

EK - 1 : Anket Formu



ÖNSÖZ

“Pandemi Sürecinde Sigara Bağımlılığı Ve Yeme Bozukluğu İlişkisi” adlı tez çalışmamda İstanbul’da yaşayan 18 yaş üzeri sigara içen 444 çalışana ulaştım. Bilime katkı olması amacıyla geçirdiğimiz pandemi döneminin olası etkilerinden bir konuyu tercih ettim. Bu araştırma bulguları sonucunda Covid-19 Pandemi sürecinde sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu ilişkisini inceledim ve sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu arasında pozitif ilişki belirledim. Sigara bağımlılığının yeme bozukluğunu arttırdığı sonucuna vardım. Çalışmamda açığa çıkan verilerden biri de katılımcıların sadece yüzde onaltısının pandemi döneminde sigara kullanımının azaldığını belirtmiş olmasıdır. Kalan yüzdeler ya kullanımının arttığını ya da değişmediğini belirtmişlerdir. Sigara kullanımı ve yeme bozukluğunun en çok yüksek lisans mezunu kişilerde görülüyor olması da en dikkat çekici kısmını oluşturmuştur.

Ülkemizde zaman zaman göz ardı edilen böylesi müstesna bir konuyu gündeme getirmeme olanak sağlayan, geliştirilmesinde cesaretlendiren ve tüm süreçlerimde desteğini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatih Bal’ a teşekkür ederim. Hayatımın her alanında olduğu gibi çalışmam süresince de bana manevi destek sağlayan eşim Nadir Murat Voigt’e ve beni yetiştiren ve okutan annem Serpil Yorulmaz’a teşekkür ederim.

GİRİŞ

Sigara kullanımı halen dünya çapında önlenebilir ölümlerin en başta gelen sebebidir (Dinn ve ark., 2004). Son yıllarda sigara bağımlılığı ile alakalı olarak ortaya konan ilgi ve efor artmış olsa da şu an için durum iyimser olmaktan uzaktır. Sigara bağımlılığı ile ilgili olarak yeni tedavi yöntemleri son zamanlarda önerilse de bu tedavilerin başarısı en çok onları uygulayacak olan hekimlerin bilgi, beceri ve motivasyonu ile sınırlıdır (Sadock, 2007).

Sigara bağımlılığı; tütün kullanımıyla ilişkili sorunlar yaşanmasına rağmen tütün kullanılmasına devam edilmesiyle bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerle karakterize psikiyatrik bir bozukluk şeklinde tanımlanmaktadır (APA, 2013). Sigara bağımlılığı dünyada mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Sigara kullanımının; zamanla gelişmiş ülkelerde azaldığı, az gelişmiş ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelereyse artmaya devam ettiği gösterilmiştir. Türkiye'de yapılmış bir araştırma 18-30 yaş arası sigara kullanım oranının %32.1 olduğunu göstermiştir (Bilir, 2010). 20. yüzyılda tütün kullanımının yaklaşık olarak yüz milyon bireyin ölümüne yol açtığı göz önünde bulundurulduğunda ve tüm dünyada bir milyardan fazla bireyin sigara kullandığı olduğu bilinmektedir (Hayashi, 2012).

Bağımlılık, zararlı sonuçlarını gözardı ederek bir maddenin kontrol edilemeyen sürekli kullanımı olarak tanımlanabilir. Sigara içen birçok kişi tütün bağımlısı olduklarını kabul etmemektedir. Çoğu insan istediği zaman bırakabileceğini düşünmektedir (MacDonald vd. 2004)

Sigara içilmesi, aerosol parçacıklarının ve tütün dumanının, dinlenme ve rahatlama amacıyla solumak için popüler bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Duman esas olarak farmakolojik olarak aktif alkaloid nikotin ve akciğerlerden kan dolaşımına emilen diğer maddelerden oluşur. Beyni etkiler, olumlu bir his etkisi sağlarlar. Geleneksel olarak duman, sigara, nargile veya diğer cihazlarda kurutulmuş tütün yapraklarının yanması sonucunda üretilir (Benowitz, 2010).

Güçlü etkisi nedeniyle, çoğu içici sigarayı bırakmakta zorlanabilir. Sigara içmek fiziksel ve psikolojik bir bağımlılık olarak tanımlanmaktadır. (Becket, 2004) Nikotin eksikliği semptomları anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon, iştah artışı, sinirlilik, bilişsel ve dikkat eksikliklerini içerir.

Sigara içenler tipik olarak, bir sigaradan sonra artan zevk ve düşük öfke, gerilim, depresyon ve stres rapor eder. Sigara içimden sonra artan performans ve iyileştirilmiş ruh hali çoğunlukla veya tamamen yoksunluk semptomlarının hafifletilmesinin bir sonucu mu, yoksa nikotinin beyindeki içsel etkileri olup olmadığı hala açık değildir (Brown vd.1994). Sigara içmeyenlerin nikotin sonrası performansındaki iyileşme, en azından bazı doğrudan gelişmeler olduğunu göstermektedir (Giovino vd. 1995).

Sigara ve nikotinin sinirlenme, öfkelenme, düşünceleri yoğunlaştıramama, kaygı ve huzursuzluk gibi hususlarla ilişkili olması ve bunların geçiştirilmesi beklentisi ile bağımlılığın gelişmesi söz konusudur (Demir, 2008). Sigara, bireyin gündelik yaşamda karşılaştığı bir takım engellenmelerinde duyduğu kaygı ve endişeyi geçici olarak düşürerek, o an için kızgınlık ve gerginlik gibi negatif duyguları yatıştırabilmektedir.

Sigaranın bu kısa süreli ruhsal etkisiyle birlikte, kişi belli bir zaman sonra, sıkıntı ve ya kaygı yaşadığı her olay ve yaşantıdan sonra sigaraya sığınmaya yönelmekte ve böylelikle bağımlılık geliştirmektedir (Karahana ve Epli Koç, 2005).

Karahana ve Epli Koç'un (2005), sigara kullanımı ve stres faktörlerini inceleyen çalışmalarının sonuçlarında, bireylerin stres kaynakları sonucu yaşadıkları kaygı ve öfke ile başa çıkmada sigara tüketimine başvurdukları belirtilmiştir.

Bergman ile Scott (2001) çalışmalarında sigara kullanıcılarının daha düşük seviyede kişisel iyi oluşlarının olduğu görülmüştür. Robson (2010) araştırmasında düşük kişisel iyi oluş düzeyinin sigara kullanımını arttırıcı bir etkisi olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırma Covid-19 Pandemi sürecinde sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bununla beraber çalışan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile çalışma değişkenleri olan sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

Sigara içme alışkanlığı çözülmesi gereken bir sorundur. Sigara bağımlılığının başlama yaşı kişilerin içinde bulunduğu duygu durum, okuldaki başarısızlık, benlik algısında azalma ve ergenlik dönemine rastlaması sigara bağımlılığındaki sosyal çevre etkisini ve benlik yapısının önemini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada yeme bozukluğunun sigara bağımlılığından etkilenebileceği incelenecektir. Buradan hareketle bu çalışmanın hem literatüre önemli bir katkı olduğu

hem de pandemi kısıtlama döneminde yeme bozukluğu ile sigara bağımlılığı arasındaki ilişkiye katkı sunduğu söylenebilir.



BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Araştırmanın Problemi

Pandemi sürecinde sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu ilişkisinin incelenmesi bu çalışmanın problemi oluşturmaktadır. Çalışan bireylerde Pandemi sürecinde sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu ilişkisi var mıdır?

1.2. Araştırmanın Alt Problemleri

- Sigara bağımlılığının yeme bozukluğu üzerine etkisi var mıdır?
- Cinsiyete göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Yaşa göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Medeni duruma göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Öğrenim durumuna göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Aylık gelire göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Algılanan gelire göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Aynı evde yaşayan çocuk varlığına göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Sürekli kullanılan ilaç varlığına göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Sigara kullanma süresine göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Günlük tüketilen sigara miktarına göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Sigaraya başlama yaşına göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Pandemi sürecinden sigara kullanım değişimine göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Alkol kullanımına göre sigara bağımlılığı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Cinsiyete göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?

- Yaşa göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Medeni duruma göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Öğrenim durumuna göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Aylık gelire göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Algılanan gelire göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Aynı evde yaşayan çocuk varlığına göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Sürekli kullanılan ilaç varlığına göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Sigara kullanma süresine göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Günlük tüketilen sigara miktarına göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Sigaraya başlama yaşına göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Pandemi sürecinden sigara kullanım değişimine göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Alkol kullanımına göre yeme bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?

1.2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Covid-19 Pandemi sürecinde sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bununla beraber çalışan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile çalışma değişkenleri olan sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

1.2.2. Araştırmanın Önemi

2019 yılı sonunda ortaya çıkan koronavirüs hastalığı (COVID-19), Çin'de görüldükten yalnızca birkaç ay sonra küresel bir salgın haline gelmiştir (Khosravi, 2020). Pandeminin ortaya çıkardığı önemli tıbbi komplikasyonlar, morbidite ve hızlı uluslararası yayılma, dünya çapında önemli halk sağlığı ve politik önlemlerin hızla benimsenmesine yol açmıştır. Çoğu ülke, pozitif vakaları ve yakın temasta oldukları

vakaları izole etmeyi ve bulaşmayı azaltmak için sosyal etkileşimleri sınırlamayı seçmiştir. (Fernández-Aranda et al, 2020).

Covid -10 Pandemisi ile ilgili karantina önlemleri nedeniyle günlük aktivitelerde ve yaşam tarzındaki değişiklikler, genel nüfusun ruh sağlığını büyük ölçüde etkilemiştir (Marazziti, Pozza, Di Giuseppe ve Conversano, 2020 ; Poli, Gemignani, & Conversano, 2020).

Araştırmalar, bazı kişilerin olumsuz duygularıyla başa çıkmak için aşırı yeme ve kusma gibi rahatsız edici yeme davranışlarını kullandıklarını ileri sürmektedir. Klinik popülasyonlar üzerine yapılan önceki çalışmalara göre, stresli olaylar ile bozulmuş yeme davranışlarının kötüleşmesi arasında bir ilişki bulunmuştur (Loth, et all,2008). Ancak COVID-19'un yeme bozukluğu popülasyonu üzerindeki olumsuz etkileri henüz bilinmemektedir (Touyz, Lacey, & Hay,2020). Pandemi ile yeme bozuklukları arasında ilişki olabileceği öngörülmektedir.

Covid-19 pandemi sürecinde bireylerde davranış ve alışkanlık değişikliği olabileceği öne sürülmektedir. Bu alışkanlıklardan birisi de sigara bağımlılığıdır. Sigara, dünyadaki arasındaki ölüm ve morbiditenin en önemli önlenebilir nedenlerinden biridir ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süre devam eden salgını olarak tanımlanmıştır (Sargent and DiFranza,2003).

Sigara ve Covid-19 arasındaki ilişki üzerine yapılan güncel araştırmalar, sigara içenlerin içmeyenlere göre daha şiddetli Covid-19 semptomlarına sahip olma ihtimalinin 1,4 kat daha fazla olduğunu gösteriyor. Aynı araştırma, sigara içenlerin havalandırmaya ihtiyaç duyma ve ölme olasılığının sigara içmeyenlere göre 2,4 kat daha fazla olduğunu da göstermektedir. Ayrıca viral enfeksiyonlar, özellikle bu pandemi sırasında sigara içenlerde daha agresif bir şekilde ilerlemekte ve bu da sigara içenlerde davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Covid-19 enfeksiyonlarının yayılması ve mortalitesi ile sigara kullanımı arasındaki negatif korelasyon netleştikçe DSÖ, nargile, e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri gibi tütünle ilgili diğer ürünlerin de normal sigara içimi ile aynı olumsuz etkileri yaratabileceğini vurgulamıştır (Wolkow, 2020). Pandemi kısıtlamaları nedeniyle tecrit edilenlerin, kaygı ve korkudan kaynaklanan bağımlılık düzeylerinin artabileceği vurgulanmaktadır (Chiappini et al,

2020; Zhou, et al, 2020).Bununla birlikte, bu ve diğer bağımlılık türleri davranış değişikliğinden olumlu etkilenebilir.

Sigara bağımlılığı düzeyi, davranış değişiklikleri de dahil olmak üzere çeşitli faktörlere bağlı olarak değişebilir. Pandemi sırasında ortaya çıkabilecek davranış değişiklikleri ve kaygıların neden olduğu sigara bağımlılığında artışlar gözlemlenebilirken, bu dönemlerde Covid 19'un daha ilerleyici seyri nedeniyle bağımlılık düzeylerinde azalma ve hatta sigarayı bırakma da görülebilmektedir (Fidancı vd, 2021).

Bu çalışmada yeme bozukluğunun sigara bağımlılığından etkilenebileceği ıncelecektir. Buradan hareketle bu çalışmanın hem literatüre önemli bir katkı olduğu hem de pandemi kısıtlama döneminde yeme bozukluğu ile sigara bağımlılığı arasındaki ilişkiye katkı sunduğu söylenebilir.

1.2.3. Araştırmanın Sayıtlıları

Araştırmanın sayıtlıları;

- Araştırmaya katılacak kişilerin soruları içtenlikle cevaplayacakları varsayılmaktadır.

- Araştırmamızın evrenini İstanbul ilindeki 18 yaş üstü kişilerden meydana gelmektedir.

- Araştırmamızın ölçekleri kişisel bilgi formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile ilgili değişkenler geçerli ve güvenilir olarak ölçmektedir.

1.2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Bu araştırmanın evreni ve örneklemini İstanbul ilindeki çalışan bireyler ile sınırlıdır.

- Bu çalışma, kişisel bilgi formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeklerinin elde ettiği veriler ile sınırlıdır.

- Bu çalışma yerli ve yabancı olarak ulaşılabilen kaynaklar ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. Sigara Bağımlılığı

2.1.1. Sigara Kavramı ve Sigara İçeriği

Sigara günlük hayatta yaygın olarak kullanılan, bağımlılık yapan ve sağlık sorunlarına sebep olan bir maddedir. Sigara kullanımı hem yetişkinler hem de gençler arasında yaygın, küresel bir salgındır. Yaygın sigara kullanımının, sigara içicileri için ciddi bir sağlık tehdidi oluşturmasının yanı sıra ülkelerin de halk ve ekonomik sağlığı için önemli etkileri vardır.

Sigara, tütün ve beraberinde diğer katkı maddelerinin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır (WHO 2006). Tütün, Solanacees (patlıcangiller) familyasından yıllık bir bitki türü olan HerbaNikotianadan üretilen bir tarım ürünüdür. Tütün bitkisinin yaprakları tütün olarak kullanılan kısımdır (Odabaşı 1991). Sigaranın kullanılan şekli, kıyılmış halde bulunan tütünün özel olarak tasarlanmış ince kâğıda sarılması ve silindir şekline getirilmesi, kullanıma göre değişiklik göstermekle birlikte bir ucuna dumanı süzen filtrelerin yerleştirilmesi sonucu ortaya çıkan bir tütün ürünüdür (Tülücü ve ark 2012). Türkiye de tütün ürünleri sigaranın yanı sıra nargile, pipo, puro ve yerel olarak sarmalık tütün şeklinde kullanıldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

Sigara dumanında nitrosamin, amonyak, hidrojen siyanide ve nikotin gibi ortalama 4000'i aşkın madde bulunmaktadır (Demir, 2008). Sigara kullanımı ölüme neden olsa da satışı yasak değildir. Çeşitli şekillerde kullanılan tütün Türkiye'de ve dünyada ölüme neden olan en büyük tehlikeler arasında yerini almaktadır. Tüm tehlikelere rağmen yasaklanmamış olma durumu ise göze çarpmaktadır (Tarhan ve Nurmedow, 2011). Sigara kullanımının etkileri kişinin ne kadar sigara tükettiğine, ne kadar süredir tükettiğine, dumanı ne kadar içine çektiğine, kişinin sağlık durumuna ve genetik bir rahatsızlığı olup olmadığına göre değişmektedir (Ögel, 2018).

Tütün ürünlerinin içeriğindeki; tütün ürünü kullanıma hazır hale getiren madde, bileşen ve hammaddelerden oluşur. İşlenmiş tütün yaprağı; tütün yaprağını bir arada tutan materyaller (kağıt, sargı, filtre vb.); işleme yardımcıları ve tütün yaprağının işlenmesini ve saklanmasını takiben kalan kalıntı maddeler; paketleme materyalinden ürüne geçen maddeler ve ürünü müşteriye daha cazip hale getirmek için özellikle eklenmiş maddeler içerikte bulunan bileşenlerdir. Ürünü daha cazip hale getirmek için

eklenen maddeler arasında lezzet, renk ve dış görüntüyü geliştiren maddeler bulunduğu gibi; ürünün enerji ve canlılık verdiği veya sağlığa faydalı olduğu gibi yanlış algı oluşumuna neden olabilecek maddeler de bulunur (Thomsen ve Rodríguez-Farré, 2010).

Tütün ürününün bağımlılık potansiyelini belirleyen ana etmen; farmakolojik olarak ne kadar aktif seviyede nikotin açığa çıkarabilme yeteneğine bağlıdır. Nikotin seviyesi üretici tarafından dikkatlice belirlenebilir. Böylece nikotinin arzulan etkileri olan rahatlama ve zihinsel berraklık gibi etkilerin ortaya çıkması, bulantı gibi istenmeyen etkilerin de ortaya çıkmaması amaçlanır (Henningfield ve ark., 1998).

Katkı maddeleri bağımlılığı şu yollarla artırabilir: Nikotin içeriğini direkt artırarak, nikotinin biyoyararlanımını artırarak, tütün dumanının solunmasını daha kolay hâle getirerek, nikotinin bağımlılığı artırarak maddeleri dumanda üreterek, duman partiküllerinin büyüklüğü gibi tütün dumanının özelliklerini değiştirerek. Katkı maddelerinin kendi başına bağımlılık yaptığı tanımlanmamıştır. Bazıları nikotin bağımlılığı etkileyebilirler (WHO, 2015; Thomsen ve Rodríguez-Farré, 2010).

2.1.2. Sigara Bağımlılığı

Bağımlılık bir hastalık türüdür. Birden farklı madde ile aynı anda devam edebilir. Bağımlılık tedavi edilebilir bir hastalıktır ancak maddenin tekrar kullanılması ile birlikte süreç aynen devam eder. Birey bağımlılık konusunda tedavi olmuş olsa bile kullandığı maddeye ilişkin hassaslığı hayatı boyunca sürer (Enişte, 2004).

Sigara bağımlılığı; tütün kullanımıyla ilişkili sorunlar yaşanmasına rağmen tütün kullanılmasına devam edilmesiyle bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerle karakterize psikiyatrik bir bozukluk şeklinde tanımlanmaktadır (Bilir, 2010). Sigara bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından nikotine olan bağımlılık kronik seyirli bir hastalık olarak kabul edilmiş olup bu bağımlılığın aynı zamanda davranışsal ve mental bozukluklara neden olabilen bir hastalık olduğu belirtilmiştir (Velioğlu, 2017). Sigara, ana madde olarak tütünden üretilmekte ve tütünün bağımlılık yaptığı bilinmektedir; tütün sigarası kullanımında bağımlılığa neden olan asıl madde ise tütünde yer alan nikotindir. (Benowitz, 2008) Bu sebeple bağımlılık literatürüne bakıldığında; sigara bağımlılığı, tütün bağımlılığı, nikotin bağımlılığı eş anlamlı olarak aynı durumu tanımlamak için karşımıza çıkmaktadır. Sigara bağımlılığı dünyada mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir (Sadock, 2007).

Ögel, Taner ve Yılmazçetin'e göre (2003) bağımlılık, kişinin zarar görüyor olmasına rağmen kullandığı maddeyi bırakamaması ve madde kullanımına devam etmesinin yanında devamlı madde arayışında olması, ayrıca kullanılan maddenin dozunun giderek artması ile seyreden bir tablo görünümündedir. Zarar verici sonuçlar doğurmasına rağmen bağımlılık, ısrarlı ve tekrarlı şekilde madde arama, uzun süre madde kullanma ile belirgin özelliklerde tekrarlayıcı ve süreğen bir beyin hastalığıdır. Bu hastalıkta kişide zarar verici davranışların bulunduğu görülmektedir. Kısaca bağımlılık, beynin yanısıra davranışları da oldukça etkilemektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Sigara da bu tanıma uymakta ve kullanıcılarda bağımlılığa yol açmaktadır. Bağımlılık yapan maddelerden biri olarak ele alındığında sigara, içilmesi ya da dumanının solunması sonrasında kişide fiziksel ve psikolojik bağımlılık oluşturmaktadır (Slowik, 2013). Bağımlılık, zararlı sonuçları ile birlikte, bir maddenin kontrolsüz kullanımı olarak tanımlanabilirken; benzer şekilde sigaranın kontrol edilemeyen kullanımı da sigara bağımlılığı olarak bilinmektedir.

Sigara bağımlıları, sigara içmeye karşı güçlü, kontrol dışı ve karşı konulmaz bir arzu duymaktadırlar. Bu dayanılmaz sigara içme istekleri; çevrelerinde sigarayı çağrıştıran nesne ve durumlar, yoksunluk ve stres tarafından tetiklenebilmektedir (DiFranza, 2010). Sigara içenlerin bazıları, bir sigaranın kokusunun ve/veya gözle görülmesinin, sigaranın elde edilmesi, aydınlatılması, tutulması ve içilmesi gibi ritüellerin hepsinin sigaranın zevk verici etkileriyle bağlantılı olduğunu ve bunların yoksunluk belirtileri ile sigara içmeye dair isteklerini kötüleştirilebileceklerini ifade etmektedir (National Institute on Drug Abuse, 2009).

Sigaranın hem psikolojik hem de fiziksel bağımlılık yapan bir madde olmasına rağmen, sigara içenlerin birçoğu tütün bağımlısı olduklarını kabul etmeyerek, istedikleri zaman bırakabileceklerini düşünmektedir (MacDonald, 2004). Oysaki bu duruma karşıt şekilde nikotin bağımlılığı, sigara içenlerde yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve bu yoksunluğa yanıt olarak sigara kullanımının yanı sıra tütün kullanımının azaltılması ya da tamamen bırakılması için bulunulan girişimlerin başarısızlığı ile karakterize edilmiştir (Fiore ve diğerleri, 2008).

Sigara bağımlılığı en ölümcül olan, en sık rastlanan, en pahalı fakat en önemsiz olarak değerlendirilen bir bağımlılıktır. Bireyin sigara içmeyi istemesine sigaranın içindeki nikotin sebep olur ve böylece sigara bağımlılığı oluşumuna yol açar (Berrettini

ve Lerman, 2005). Nikotinin kolay emilimi sayesinde ağız, burun, akciğer ve deriye geçip hızlıca emilimi olmaktadır. Böylece 10-20 sn. içerisinde nikotinin beyine ulaşması gerçekleşir. Yarılanma ömrü 2 saat olan nikotin, karaciğerde metabolize edilir (John ve Hughes, 2005).

Sigaradan ilk nefes alınması ile nikotin kısa bir sürede beyin de bazı merkezleri uyarak etkisini başlatır. Bağımlı olmayan bireyler, ilk nefes alınması ile birlikte endişe ve sıkıntılarını kurtularak zihinlerinin daha hızlı çalıştığını dile getirirler. Bu durum sigara ve nikotinin yaratmış olduğu bir rahatlama ziyade meydana gelen yoksunluğun giderilerek, bireyin aradığı maddeye ulaşmasının yarattığı iyilik halidir. Sigara tüketilmesinin kesilmesinden sonra 24 saat içinde kızgınlık, dikkati toplama da güçlük, kalp hızında azalma, iştahın artması gibi belirtiler ortaya çıkar (Thomsen ve Rodríguez-Farré, 2010).

Nikotin, nucleus accumbens ventral tegmental bölgesindeki nikotinic reseptörlere bağlanıp dopamin ve glutamat salınımına yol açarak bağımlılık oluşturucu etki meydana getirir (Berrettini ve Lerman, 2005). Nikotin ayrıca epinefrin, norepinefrin ve serotonin düzeylerini arttırarak sigara içme isteğini de destekler (John ve Hughes, 2005).

Nikotin bağımlılığı, nikotin toleransı ve çekilme semptomları, nöroadaptasyonun da içinde olduğu farklı kompleks durumları ve pek çok nörotransmitter sistemi içermektedir. Sigara içimi sonucunda vücuda alınan nikotinin etkileri temel olarak nikotin reseptörleri ile sağlanır (Çetin, 2011). Nikotinin, dopamin, norepinefrin, epinefrin, serotonin, asetilkolin, vazopressin ve ACTH gibi hormon ve nörotransmitterlerin salınımı üzerinde etkisi vardır. Dopamin, nikotin ve diğer maddelerin yarattığı etkileri güçlendirmekten sorumludur (Pontieri, 1996). Nikotin ödüllendirme eşiğini düşürerek, talamus, prefrontal korteks ve görsel sistemde aktiviteyi arttırarak ödüllendirme ağının parçası olan kortikobazal-gangliotalamik devrenin ateşleme miktarını arttırır (Çetin, 2011).

Sigara kullanmaya başlayan bir bireyde bağımlılık gelişme oranı %33 ile %94 arasında değişmektedir (Hammond, 2010). Sigaranın bu kadar hızlı ve yüksek potansiyellerde bağımlılık oluşturabilmesinin sebebi; dumanının akciğerlerden çok hızlı absorbe olup beyine intravenöz uygulamadan daha hızlı erişen yoğunlukta arteriyel bolus etkisi oluşturmasıdır. Nikotinin dağılım yarı ömrü takriben 15-20

dakika, kandaki yarılanma süresi ise 2 saattir. Nikotin, bir nörotransmitter olan asetilkolini taklit eder ve merkezi, periferik sinir sistemine etki eder(Berrettini ve Lerman, 2005).

Kronik hastalıkların pek çok özelliklerini tütün bağımlılığı da taşımaktadır. Tütün kullananlarının çoğunda iyileşme ve tekrarlama safhalarının bulunduğu yıllarca süre giden bir durumdur. DSÖ, ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve Amerikan Psikiyatri Birliği gibi dünya genelinde sağlık açısından kabul gören otoritelerce sigara kullanımı ve bağımlılığı bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Tütün bağımlılığı klinisyenler tarafından da kronik olarak tanımlı bir hastalık gibi kabul gördüğünde tedavi etkinliği de yükselecektir (Fiore ve ark., 2008).

Sigara bağımlılarının sık sık sigara içmek istemelerinin diğer bir nedeni de nikotinin yol açtığı yoksunluk ya da çekilme semptomlarıdır (Gençöz ve ark., 2003). Yoksunluk sendromu, fizyolojik adaptasyon nedeniyle sigara bırakımının ardından kaynaklanan vücudun tepki olarak gösterdiği belirti ve bulgulardır. Bu nedenlerden dolayı sigara bağımlılığı oluşur ve bağımlılıktan vazgeçmek zorlu bir süreç gerektirmektedir. Bu süreç bağımlı kişi için zor olsa da sonuç olarak semptomlar geçicidir. Çünkü sürdürülebilir kaçınmadan sonra vücut normale döner (Broms, 2008).

Nikotin bağımlısı bireyde sosyal ve davranışsal sorunlar da ortaya çıkabilir. Tütün alırken davranış ritüellerini tekrarlamak nikotin alımı açısından bireylerde sekonder koşullanma için yeterlidir. Böylece bağımlılarının sigarayı bırakırlarsa ellerini koyacakları yeri bilememeleri veya sigara içmeyi çağrıştıran işaretlerle başa çıkamamaları gibi sıklıkla ortaya çıkan durumlar açıklanmış olmaktadır (Jarvis, 2004). Tütün bağımlılığı birçok kullanıcının bırakabilmek için uzun süre çabalamasını gerektiren kronik ve tekrarlayıcı bir durumdur. Tütün bağımlısının bağımlılığından kurtulmak için kişisel, ailevi, çevresel ve farmakolojik destek alması gerekliliği bulunmaktadır (Jarvis, 2004).

2.1.3. Sigara Bağımlılığı Tanısı

DSM-5 tanı kriterlerinde tütün kullanım bozukluğu ve tütün yoksunluğu alt başlıklarıyla yer almaktadır. Bu kriterler en az 12 aylık bir süre içinde istenilenden daha fazla sigara içilmesi, başarısız sigara bırakma girişimleri, sigaraya ulaşmak için zaman harcama, tehlikeli sonuçların bilinmesine rağmen sigara kullanımına devam etme,

işlevsellikte azalma, tolerans ve yoksunluk gelişmesini kapsamaktadır. Tütün yoksunluğu ise sigara kullanımını bırakma sonrasındaki 24 saat içinde bunaltı, huzursuzluk, iştahta artma, kolay kızma, uykuda azalma, konsantrasyon eksikliği, çökkün duygudurum ile karakterizedir Yoksunluk belirtileri, ilk üç gün fazla görülse de 3-4 hafta içinde azalmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). DSM-5 tanı kriterleri aşağıda özetlenmiştir:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alımı.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırmak.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evde başlıca yükümlülükleri yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımını sürdürme.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a) Esriklği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.

b) Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a) Tütüne özgü yoksunluk sendromu.

b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alımı” (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Çeviren: Koroğlu, 2013).

2.1.4. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Kullanım Sıklığı

DSÖ’nün yaptığı araştırmalara göre tütün kullanımı dünyadaki en mühim halk sağlığı problemidir ve önlenebilen ölümlerin başlıca sebebidir. Dünya genelinde her yıl 6 milyon insanın sigaraya bağlı nedenlerden hayatını kaybettiği, bu ölümlerin yaklaşık 600 bininin pasif sigara içiciliği sonucu olduğu düşünölmektedir. Ayrıca iş verimi kayıplarına sebep olmakta ve ölkelerin artmış sağlık harcamaları nedeniyle yıllık yüzlerce milyar dolar ekonomik zarar ortaya çıkmaktadır (WHO, 2013).

Sadece 2016’da tütün kullanımı dünya genelinde 7,1 milyondan fazla ölüme neden olmuştur (erkeklerde 5,1 milyon, kadınlarda 2.0 milyon). Bu ölümlerin çoğuna (6,3 milyon) sigara içilmesi, geri kalana (884 bin) ise pasif içicilik neden olmuştur. Gelişmiş ölkelerde 1960’lardan bu yana sigara tüketiminin azalmasıyla beraber sigarayla ilişkili ölümlerin oranı azalmıştır, ancak gelişmekte olan ölkelerde 1980’lerden itibaren sigara kullanımının artmasıyla beraber sigarayla ilişkili ölümlerin artması beklenmektedir (American Cancer Society and Vital Strategies, 2018). DSÖ destekli yapılan çalışmaya göre 2030 yılına kadar tütünün 7,4-9,7 milyon arası insanın ölümüne yol açacaktır (Mathers ve Loncar, 2006).

DSÖ, sigara bağımlılıklarının %80’inin orta ya da düşük gelir seviyesindeki ölkelerde yaşadığını bildirmiştir (World Health Organization, 2020). OECD’nin 2019 raporunda ölkelerin cinsiyetlere göre günlük sigara kullanımı oranları şu şekildedir. İsrail’de erkeklerin %21’i, kadınların %12’si sigara kullanmaktadır.

Tüm dünyada 1 milyardan fazla 15 yaşın üzerinde yetişkin tütün kullanmaktadır. Bu kişilerin %82'si (768 milyon) erkektir. Erkeklerle oranla çok daha az sayıda sigara içen kadın vardır (GBD, 2015). Günlük sigara içici erkeklerin dörtte üçü orta ve gelişmiş ülkelerde yaşarken, kadın içicilerin yarısı gelişmekte olan ülkelere yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelere sigara kullanımını prevelansı artmaktadır. Gelir artışı ve sigara alım gücünün artmasıyla beraber bu ülkeler tütün endüstrisinin hedefi haline gelmiştir (American Cancer Society and Vital Strategies, 2018).

Dünyada yaş itibarıyla 15 ve üzerinde olan 1,3 milyar kişinin sigara kullandığı belirtilmektedir. Sigara tüketimi en fazla Asya, Avustralya ve Uzak Doğu bölgelerinde olup, Çin, Hindistan ve Endonezya gibi ülkeler yüksek oranlarda sigara tüketim oranlarına sahiptir (Bilir 2010).

Türkiye'de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın (KYTA) 2012 yılında gerçekleştirmiş olduğu ülkeyi temsil eden hane halkı çalışmasının neticesinde 15 yaş üzeri nüfusta; kadınların %13.1'i, erkeklerinse %41.5'i, toplam nüfusta ise %27.1'lik kesim sigara kullanmaktadır. Mamul sigara Türkiye'de de (%94.8 oranla) en çok tüketilen tütün ürünüdür. Kadınların sigaraya başlama yaşının (17.9 yıl) erkeklerle (16.8 yıl) göre bir yıl büyük olduğu görülmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2012). Ülkemizde TÜİK tarafından yayınlanan 2015 verilerinde cinsiyete göre farklılıklar göstermekle birlikte 2008 yılından 2012 yılına kadar olan sürede sigara kullanım oranlarında azalma görülmüştür (TÜİK 2015).

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019 yılında Türkiyedeki sigara kullanımını %31 olarak açıklamıştır. Medya yoluyla reklam ve tanıtımları yasaklanmış olmasına rağmen açık ve toplu alanda sigara kullanımının bağımlılık oluşturmada risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (Anadolu Ajansı, 2019).

2.1.5. Sigara Kullanmaya Başlama ve Devam Etme Nedenleri

Herhangi bir kimyasal ajanın bireyde bağımlılık yapabilecek düzeye gelebilmesi ve bağımlılık durumunun devam edebilmesi için hem bireye hem de kimyasal maddeye ait bazı faktörlerin oluşmasına gereklidir (Ergeneilek 2005).

Yapılan çalışmalar, psikolojik, sosyal ve farmakolojik yönden bazı faktörlerin insanları sigara içmeye yönelttiğini göstermiştir. Sosyal ve ailesel faktörlerin özellikle sigaraya başlamada, farmakolojik faktörlerin ise kullanımın devamı konusunda önemli

olduğu üzerinde durulmuştur (Karlıkaya ve ark. 2006). Bireyler sigaraya psikolojik olarak bir durumun tatmini, ortak yaşam alanlarından uzak yaşama ve bazı sosyal nedenlerle başlamaktadır (Erdem 2014). Anne ve babası sigara kullanan çocukların sigaraya başlama olasılığı ebeveynleri sigara kullanmayanlara oranla dört kat daha fazla saptanmıştır (Ergeneilek 2005). Etrafında sigara kullanan ebeveyn, kardeş, arkadaş gibi rol modellerin varlığı bireyin sigara kullanımının teyit edilmesi manası taşımakta ve bireyin sigara kullanma davranışını devam etme olasılığını arttırmaktadır. Adölesanlarda sigara kullanan akranların varlığı arkadaş grubu dışında kalmamak için sigara kullanımının sürdürülmesinde ve içilen sigara sayısının artışında etkili olmaktadır (Ergül 2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerine yapılan çalışmada öğrenciler tarafından sigaraya başlama nedenleri kendini ispatlama, arkadaş etkileşimi, özentisi, stres ve merak olarak ifade edilmiştir (Çapık ve Özbıçakçı 2007). Sigara kullanıcılarının birçoğu sigarayı “en yakın arkadaş”, “sadık dost” olarak nitelendirmektedir. Sigara ve sigara kullanımıyla ilgili çakmak, tabaka, küllük gibi objeler içselleştirilmiş ve herhangi birinin sigara kullanıcısı tarafından görülmesi sigara içme isteğini tetiklemektedir (Özlü 2002).

İnsanların sigara içme davranışlarının arkasında için birbirinden farklı nedenler ve motifler vardır. Bazıları, tedirgin olduklarında veya sinirlendiklerinde sigara ile sakinleşmeyi beklerken; diğer yandan, bazıları sigarayı sadece zevk ve keyif almak için içtiklerini söylemişlerdir. Bazıları ise, sigara içmenin olumsuz sonuçlarına dair bilgileri ve beklentileri olmasına rağmen, kanser olma gibi büyük bir riski de göze alarak sigara içmeyi sürdürmektedirler. Sigara içme; biyolojik, psikolojik ve çevresel nedenlerden kaynaklanabilen, tüm bu yönleriyle bütüncül olarak ele alınmayı gerektiren, karmaşık ve önemli bir sorundur (Haire-Joshu, Morgan ve Fisher, 1991).

Sigara kullanımının; biyolojik, çevresel, psikolojik ve sosyolojik olmak üzere çeşitli sebepleri bulunmaktadır. Sigara bağımlılığının biyolojik sebepleri; genetik nedenler, genetiğe bağlı yatkınlık, nikotinin beyinde, nörotransmitterlerde ve hormonlarda değişiklik yaparak fiziksel bağımlılığa sebep olması olarak ele alınabilir

(Benowitz, 2009). Sigara kullanımına başlanması ve sürdürülmesinde çevresel etkenlerin ise çok büyük rol oynadığı söylenebilir. Aile bireyleri ile olumsuz ilişkilerin olması, aile ortamının duygusal gelişim üzerindeki negatif etkileri, aile içi çatışmalar

olması, aşırı baskıcı ya da aşırı serbest ebeveyn profili, ailede model alınan sigara kullanan birisinin olması gibi çevresel faktörler kişinin sigara kullanımına yönelmesini arttırmaktadır (; Naing ve diğerleri, 2004). Diğer taraftan, sigara kullanımının sosyolojik, toplumsal yönleri de bulunmaktadır. İçinde yaşanan toplumda sigara kullanımı ile kabul görüleceği, arkadaş grubunda sigara içilmesi, kendisini arkadaşlarına ispatlama duygusu, sigara içmenin toplumda kabul edilebilir hatta olumlanabilir bir davranış olarak algılanması sigara kullanımının toplumsal nedenleri olarak değerlendirilmektedir (Tsai ve ark., 2009).

Ruhsal, genetik ve toplumsal etkenlerden kaynaklanabilen sigara alışkanlığı çoğunlukla çocukluk ve gençlik yıllarında ortaya çıkan bir davranıştır. Ergenlik döneminde sigara içimi, yetişkinlikteki sigara içiminin en önemli risk faktörü olduğundan ergenlik döneminde sigara kullanımına başlama sebeplerinin incelenmesi önem kazanmaktadır, bu sebeple ergenlerin sigara kullanımı üzerine yapılmış pek çok araştırma bulunmaktadır (Gerçek, Soran, Storrer ve Albrecht, 2011; Riyaz, 2016). Sosyal destek ve aile yapısının sigara ve madde kullanımında etkili olduğu, kendine yer ve model aranan ergenlik döneminde, evde anne babadan, okulda sigara kullanan öğretmenlerden ve arkadaşlardan etkilenerek, hem model alma ile hem de toplumda yer edinme amacı ile sigara kullanımına yönelindiği belirtilmektedir. (Türk Psikiyatri Derneği, t.b.). Sigaraya başlamada, merak, sosyal normlar ve sosyal baskı en sık nedenler arasında bulunmaktadır. Bu konuda yapılan bir çalışmada erkeklere kıyasla kadınlarda, sigaraya başlama nedeni olarak sosyal normlar ve sosyal baskı daha yüksek oranda bildirilmiştir (Sarason, Mankowski, Peterson Jr ve Dinh, 1992). Ayrıca erken yaşta sigaraya başlamada 'imaj', yani sigara kullanımı ile belirli bir imaj edinme isteği de bir etken olabilmektedir (Stanton, Mahalski, McGee ve Silva, 1993).

Sigara kullanan kişilerin kullanmayan kişilere oranla alkol ve madde kullanıma yönelme riskleri daha yüksektir. Bu riski arttıran birçok etmen olabilir. Bunlardan en önemlisi ise yaşamın ilk yıllarından itibaren rol model aldığımız aileden anne veya babanın sigara kullanma durumudur. Anne, baba veya bakım verenin sigara kullanması ilerleyen dönemlerde kişi için sigaraya başlama riskini yükseltir (Kayacık, 2019).

Sigara kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında kişisel iyi oluş ve ruh sağlığı ile ilişkisini öne çıkaran araştırmaların mevcut olduğu görülmektedir. Sigara içme davranışının bireyin stresten kaçınma, dikkat odağını başka bir alana yöneltme

gibi faktörlerden dolayı devamlılık gösterdiği öne sürülmektedir. Psikolojik ve duygusal anlamda huzursuz hisseden aynı zamanda olumsuz duygulanıma sahip bireyler için sigara içme davranışı bu durumdan uzaklaşma aracıdır. Bu bireyler için sigara içme davranışının yapılması yaşanan olumsuz olaylar ile bir baş etmeye yardımcı olur(Yerli, 2019).

Sigara bağımlılığı alanında gerçekleştirilen araştırmalarda, kişilerin psikolojik problemlerinin bulunması, yaşamlarında stres seviyelerinin yüksek olması, birey tarafından yaşanan hayatın kalitesinin düşük olduğu düşüncesi, kendisini tüm bu durumlardan uzaklaştıracağı ve stres seviyesini en aza indireceğini düşündüğü madde olan sigaraya yönelmesine sebep olabilmektedir(Kızılkaya & Öz , 2006).

Sigara içme davranışlarını araştıran sosyal psikolojik çalışmalardaki ikinci büyük zorluk ise, her teorik yaklaşımın kuşkusuz dar bir değişkenler yelpazesi kullanmasından kaynaklanmaktadır. Kitle iletişim kuramları, sosyal durumun etkilerini veya sigara içme eyleminin bağlamını (Gibson vd. 2000), tutumsal yaklaşımlar ise sosyal yapının etkilerini ihmal etme eğilimindedir.

Sigara içme alışkanlığı önemli sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Bireyler sigara alışkanlığının sağlık problemlerine yol açacağını bilmelerine rağmen bu davranışı sürdürmektedir. Sigarayı bırakmaları gerektiği söylendiği halde bireyler sigarayı bıraktıklarında dikkatlerinin dağılacığını, işlerine odaklanamayacaklarını, motivasyonlarının düşeceğini, kendilerini boşlukta hissedeceklerini, kendilerini ifade etmekte zorlanacaklarını hatta bazen bazı bireyler sigarasız yaşayamayacaklarını dile getirmektedir (Kayacık, 2019).

Türkiyede sigara tüketimini etkileyen faktörleri inceleyen bir araştırmada büyükşehirlerdeki nüfus artışının sigara tüketimini azalttığını bunun sebebinin ise eğitim seviyesindeki yükselme olduğunu göstermektedir. Kırsalda ve büyükşehirlerde hem eğitim düzeyi yükseltilerek hem de sigara kullanımı konusunda eğitici içeriklerin olduğu programlar düzenlenerek sigara tüketiminin önlenebileceği düşünülmektedir (Oğuztürk ve Gülcü, 2012).

2.1.6. Sigara Bağımlılığının Nedenleri ve Boyutları

Klinik pratiğinde bağımlılık “psikolojik (psişik) bağımlılık” ve “fiziksel bağımlılık” olmak üzere iki sınıflamada değerlendirilmektedir. Psişik bağımlılıkta kişi sıkıntı ve huzursuzluktan kurtulmak amaçlı sürekli bağımlı olduğu maddeyi arar. Madde alındığında ise doyum, rahatlama ve zevk alma duyguları ortaya çıkar ancak madde kesildiğinde yoksunluk sendromuna yol açmaz. Fiziksel bağımlılıkta ise maddenin uzun süre ya da kısa süreliğine de olsa düzenli alınması; vücudun maddenin etkisine alışması durumu söz konusudur. Alışılan maddenin kesilmesi ya da dozunun azaltılması halinde yorgunluk belirtileri baş gösterir (Öztürk ve ark., 2007).

Sigara alışkanlığının temelinde, farmakolojik nedenlerin yanında, psiko-sosyal nedenler de bulunmaktadır. Psiko-sosyal faktörler sigaraya başlamanın, farmakolojik faktörler ise sigarayı sürdürmenin asıl nedenidir. Farmakolojik nedenler olarak ele aldığımızda, sigara tiryakiliği bir madde bağımlılığı olarak düşünülebilir. Psiko sosyal faktörler kontrol altına alınabilirse, bu bağımlılık henüz başlamadan ortadan kaldırılabılır. Sigara içme davranışının toplum tarafından yeteri kadar olumsuz algılanmıyor olması ve kültürümüzde kabul görmesi psiko-sosyal faktörlerin en önemlilerindedir. Ayrıca, sigara firmalarının ürünlerini bir karakter, dışavurum özelliği şeklinde konumlandırmaları ise en çok ergenlik dönemindeki bireyleri olumsuz etkilemektedir.

Sigara içmek iki tür bağımlılığa sebep olur; ilki fiziksel bağımlılıktır ve nikotinden kaynaklanmaktadır. Nikotin, mutluluk veren hormon olan endorfine etki ettiğinden hemen hemen tüm bağımlılar gün geçtikçe kullandıkları sigara sayısını artırma eğilimi gösterirler. Sinir sistemi içilen doza adapte oldukça miktar tekrar artar. Böylece kandaki nikotin miktarı belirli bir doygunluğa ulaşmış olur. Bu noktadan itibaren kullanıcı, bağımlı hale gelmektedir. Sigara bırakılmaya çalışıldığında artık vücutta nikotin eksikliğinden kaynaklanan reaksiyonlar gözlemlenmeye başlar. Bağımlılığın ikinci boyutu ise psikolojik bağımlılık boyutudur. Psikolojik bağımlılığı aşmak belki de en zor aşamadır çünkü sigara içmek öğrenilen bir davranıştır ve nikotin eksikliği sebebiyle ortaya çıkacak olan depresyon, sinir bozukluğu, hassasiyet, kızgınlık, konsantrasyon bozukluğu ve baş ağrısı gibi semptomlar, sigara bağımlısını mücadele etmesi gereken hem psikolojik hem fiziksel zorluklarla yüzleştirmektedir. Davranışların kazanıldıktan sonra değiştirilmesi ya da söndürülmesi ise başlı başına zor bir süreçtir.

Sigara içenlerin çoğu sigarayı bırakmak istediklerini söylemektedir (Zhu vd.1996). Çoğu yetişkin, bırakmak için birkaç girişimde bulunmuş ve kalıcı olarak bırakmadan önce dört veya daha fazla girişimde bulunmayı talep etmiştir. Bağımlılık tipik olarak, duygusal durumun bozulmasından, iş performansından, boş zaman etkinliklerinden yararlanmadan ve kişilerarası ilişkilerden kaynaklanır.

Binlerce kez tekrarlanan olaylar ve sigara arasındaki ilişkiler, sigara içme dürtüsünü kolaylaştıran güçlü ipuçları sağlar. Sigara içme gereçlerinin manipülasyonu, üst solunum yollarında tat, koku ve dumandan duyulan hisler zevkli etkilerle ilişkilendirilir. Hoş olmayan veya disforik ruh halleri sigara içmek için koşullanmış ipuçları olarak hizmet vermeye başlamıştır. Örneğin, genellikle sigara içiminin ilk yılı içinde olan bir sigara içicisi, sigara içilmemesinin, sinirlilik hissi ile ilişkili olduğunu öğrenir ve bir sigaradan sadece birkaç nefesin sinirlilik ve diğer disforik nikotin yoksunluk semptomlarını azalttığını öğrenir (Gerzanich vd.1995).

Psikodinamik görüşe göre bağımlı kişiler oral veya pregenital döneme gerilemektedir. Ego güçsüzlüğünün bağımlılığın büyük etmeni olduğu savunulmaktadır. Freud'a göre psikoseksüel gelişim dönemlerinden olan oral dönemin sağlıklı bir şekilde geçirilmemesiyle bağımlılık oluşabilmektedir. Bunun neticesinde oluşan kişilik yapısına "Oral Kişilik" adını vermiştir. Özellikle anneye aşırı bağımlı, karamsar ve açgözlü olma özellikleri görülmektedir. Çocukluk döneminde doyumu sağlayan su, süt, meme gibi nesnelerin yerini ileride sigara almaktadır. İleriki yaşlarda doyum sigara ile sağlanmaktadır (Ögel, 2017).

Sosyal çevre özellikleri, genetik yatkınlık, kişinin yaş evresi, cinsiyet, ailesel etkenler, kişilik özellikleri ve yapısı, davranış bozuklukları, ekonomik problemler, geçmiş olumsuz yaşantı deneyimi, travma, çalışma durumu, inanç sahibi olma, alkol ve sigara kullanımı ve ayrılmış, dağılmış aileler gibi etkenler kişinin bir nesneye veya maddeye bağımlı olmasını etkilebilecek risk faktörleridir.(Öztürk ve ark. 2016)

Sigarayı kullanma süresi ve fazlalığıyla nikotin bağımlılığı arasında ilişki bulunmuştur. 10 seneden daha az zamandır sigara kullanan kişilerin nikotin bağımlılığı

%36.95 olarak bulunmuştur. 11-20 sene arasında kullanan kişilerin %58.59 oranında nikotin bağımlılığına sahip oldukları tespit edilmiştir. Nikotin bağımlılığı ve

sigara kullanma süresi arasındaki ilişkiye bakıldığında nikotin düzeyi fazla olan kişilerin sigara bırakması zorlaşmaktadır (Karadağ ve ark., 2011).

Sigara bağımlısı olan kişiler, sigara içmedikleri zaman yoksunluk belirtileri yaşamaktadırlar. Nikotin yoksunluğu sonucunda bireylerde anksiyete, aşırı öfke hali, dikkat eksikliği, uykuda azalma gibi durumlar yaşanmaktadır. Yapılan araştırmaya göre en fazla rastlanan yoksunluk belirtileri %66.15 oranında sigara içme isteği ve %58.46 oranında öfkelenme olarak bulunmuştur (Hezer ve Karalezli, 2019).

2.1.7. Sigara Bağımlılığının Risk Faktörleri

İnsanların sigara içme sürecinde farklı risk faktörleri vardır. Bu risk faktörleri, sigara bağımlılığının belirlenmesi ve tedavi sürecinin kolaylaştırılması açısından önemlidir. 3 farklı risk faktörü vardır (Güvenç, 2019).

• **Bireysel faktörler:** Kalıtım, yaş, cinsiyet, bilişsel ve psikolojik özellikler bireysel faktörleri oluşturan faktörlerdir. Dürtüsel kişilik yapısına sahip kişiler incelendiğinde, yaş ile sigara içme arasında pozitif bir ilişki olduğuna dikkat çekilmiştir (Öner ve ark., 2013). Araştırmaya göre, insanların %65'i sigaraya lisede, %15'i ise üniversitede sigaraya başladığını söyledi. Bu yaş grubundaki kişilerin daha riskli davranışlarda bulunma eğiliminde olduklarına inanılmaktadır (Atak, 2011).

• **Sosyal faktörler:** Coğrafya, aile, sosyoekonomik durum, komşular ve arkadaşlar gibi birçok farklı faktör vardır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalara baktığımızda ailelerinden uzakta eğitim gören öğrencilerin madde ve sigara kullanımlarının arttığını görüyoruz. Araştırmalar, sigara içmede aile faktörlerinin çok önemli olduğunu göstermiştir (Saticı ve ark., 2019).

• **Gelişim faktörü:** Gelişim aşamasındaki bir kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal alemlerinin dengesidir.

2.1.8. Sigara Bağımlılığı Sonuçları

Ülkemizde sigara içenlerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle sigara bağımlılığı önemli bir konu haline gelmiştir. Sigaralar birçok kimyasal madde içerir. Bu kimyasalların ciddi yan etkileri vardır. Sigara bağımlılığının sonuçları: kardiyovasküler hastalık, arter tıkanıklığı ve felç riski, akciğer hastalığı, mide hastalığı, cilt kanseri, ağız kokusu.

Bağımlılık; bireysel özdenetim kaybı ve sosyal dışlanma gibi birçok sosyal soruna neden olur (Derin ve Tapan, 2017). Sigara bağımlılarının yaşam standartlarının çok düşük olduğu tespit edilmiştir (Kartal ve ark., 2012). Ayrıca sigara bağımlılarının içmeyenlere göre daha yüksek psikopatolojiye sahip oldukları da bulunmuştur (Ünübol ve Sayar, 2019).

Sigara genellikle psikolojik sorunlarla ilişkilidir. Strese neden olan davranışlar kardiyovasküler sorunlara neden olabilir. Sonuç olarak, yüksek tansiyon, kalp hastalığı ve felç gibi birçok sağlık sorunu ortaya çıkabilmektedir (Hamer ve ark., 2008).

Sigara dumanı 4000'den fazla kimyasal ve potansiyel olarak zararlı karbon monoksit (CO) içerir. Sigara dumanı ile birlikte vücutta fiziksel belirtiler olacaktır. Sigara içmek kardiyovasküler hastalık için önemli bir risk faktörüdür (Papathanasiou ve ark., 2014).

2.1.9. Sigara Bağımlılığı ve Psikoloji

Nikotin yoksunluk semptomları; anksiyete, irritabilite, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, iştahta artış ve sigara içme isteğinden oluşur. Artmış iştah ve sigara içme isteği dışındaki diğer etkiler kısa süre içinde ortadan kalkar. Sigarayı bırakanlar, uzun dönem sigara içmemek sonrasında, artmış özgüven hissi ve özkontrol hissi gibi olumlu psikolojik değişikliklerden keyif aldıklarını belirtirler (John ve Hughes, 2005).

Sigara içme ve akıl hastalığının yüksek birlikteliği önemli bir halk sağlığı sorunudur ve sigara kullanımı, ruhsal hastalıkla ilişkili yaşam beklentisindeki azalmanın çoğunu oluşturmaktadır. Birçok çalışma, sigara içme oranı ile sigara içme ve akıl hastalığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmektedir(Carmen, 2018). Hastalığın şiddeti ile birlikte. Akıl hastalığı olan bireyler aynı zamanda daha erken yaşta sigara içmeye, daha çok sigara içmeye ve genel nüfusa göre sigaraya daha fazla bağımlı olmaya meyillidirler. Örneğin, yakın zamanda yapılan bir anket İngiltere'de nikotinin, kişiler arasında % 42'sinin ruhsal hastalığı olan kişiler tarafından tüketildiğini, bunun da madde kullanım bozukluklarını da içerdiğini öne sürmektedir(King, 2018). Ayrıca, genel nüfusun sigara tüketimi geçmişte 20'den fazla bir düşüş göstermiş olsa da yıllardır, akıl hastalığı olan sigara içenler arasındaki tüketim nispeten değişmemiştir(Watson, 2018). Bu nedenle, ruhsal hastalığı olan kişilerde yüksek sigara içme oranının altında yatan mekanizmaları anlamak için acil bir ihtiyaç söz konusudur.

Kişilerdeki sigara bağımlılığı risk faktörlerinin bir ürünü (örneğin, ortak genetik etkiler) veya karıştırıcı etkiler neticesinde ortaya çıkabilmektedir(Carmen, 2018). Sigara içenler ayrıca, sigara yoksunluğunun bertaraf edilmesini istemekten dolayı ya da semptomlarını hafiflettiği için kullanımı sürdürebilmektedir. Kısa süreli yoksunluktan sonra çekilme semptomları (duygudurum belirtileri de dahil) ile sonuçlanan nikotinin kısa yarı ömürleri göz önüne alındığında, sigara içenler kısa süreli çekilmenin sigara içiminin gerçek bir anksiyolitik etkisini düşünmeleri sebebiyle kullanım sürdürülebilir(Chaiton, 2008). Bu bağlamda, artan anksiyetenin ve olumsuz duygulanımın, sigara içiminin duygudurumu iyileştirdiği düşüncesinden kaynaklı olarak ilişkili unsurlar olabileceği düşünülmektedir (Chaiton ve ark, 2009).

2.1.10. Psikososyal Destek Programı Tedavisi

Sigara bağımlılığının psikososyal destek tedavisinde yapılan planlamalarda, bağımlılık davranışıyla bilişsel, davranışsal ve sosyal başa çıkma, özyeterlilik, problem çözme, bilişsel yapılanma ve tam bir sosyal destek gibi yaklaşımlar ele alınmaktadır (Yazıcı 2002).

Psikososyal destek ve davranış tedavisinde hastanın kendi çabasını destekleme, kısa öğütler verme ve danışmanlık yapabilme tedavinin ana unsurlarıdır (Sayın 2013).

Sayın E, 2013. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve bırakma yöntemlerinin etkinliği. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Tüm bu bilişsel-davranışçı tekniklerin yanı sıra hipnoz, akapunktur, biyorezonans ve grup tedavisi yöntemleri de psikososyal destek tedavinin diğer basamakları olarak uygulanabilmektedir.

2.1.11. Sigara Kullanımı ve Yeme Bozukluğu İlişkisi

Sigara içmenin kilo kontrolüne yardımcı olduğu fikri uzun yıllardır popüler kültürün bir parçası olmuştur. 1930'lardaki sigara reklamları, kadınlara "tatlı yerine sigaraya uzanmalarını" öğütüyordu. Birçok sigara içicisi için kilo alma olasılığı, sigarayı bırakma başarısını engellemektedir. Çoğu sağlık çalışanı, sigarayı bırakmaya bağlı hastalık ve ölüm sayısındaki düşüşün, sigarayı bıraktıktan sonra kilo alımıyla ilişkili sağlık risklerini aştığını gözlemlemiştir. Ancak kilo alımı sigarayı bırakmayı zorlaştırabilir (Hajek ve ark. 2010).

Sigarayı bıraktıktan sonra gıda alımındaki artışın birçok açıklaması vardır. Birincisi nikotinin beyindeki iştah kesici etkisini tersine çevirerek açlığı artırmaktır. Bununla birlikte, sigarayı bırakma ile ilgili tercih edilen atıştırma alışkanlıklarının alımındaki artış, en azından açlıktaki genel değişikliklerle keskin bir şekilde açıklanamaz. Sigara ve/veya nikotin aşırı yeme veya kompulsif yemeyi kontrol etmeye yardımcı olabilir ve bu davranışlar sigarayı bıraktıktan sonra kısıtlanmaz. Sigarayı bırakma öyküsü olan veya sigarayı bırakma tedavisi sırasında yemek yemeyi bırakan sigara içenlerin sigarayı bırakma programından çekilme olasılığı daha düşüktür ve ayrıca daha düşük kilo alımına sahiptir (McGovern ve Benowitz, 2011).

Diğer bir çalışmada ise sigaranın tat alma reseptörlerini baskıladığı ve kullanıcıların tüketilen yiyeceklerden daha az tat almasına neden olduğu bulunmuştur. Bu durumun yanında sigarayı bırakmayı deneyenlerde, ağızlarında sigara yerine bir şeyler olması gerekliliği hissi ile sürekli yemek yeme ve buna bağlı olarak kilo alma korkusu ortaya çıkmaktadır (Courtemanche 2008).

Bununla beraber nikotinin yeme alışkanlığı ve vücut ağırlığına etkisi kadınlarda daha belirgin bir durumdadır. Ayrıca tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bağımlı olan kadın sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Kalyoncu, 2009).

Sikorski ve ark. (2014) araştırmalarında; sigara ile düşük VKİ arasındaki ilişkiyi kavramanın zor olduğunu düşündükleri gibi, sigaranın enerji harcamasını artırdığını ve obeziteye neden olduğunu da belirtmişlerdir.

Genel olarak konuşursak, sigara içenler içmeyenlere göre daha düşük C vitamini, folik asit, lif ve A vitamini seviyelerine sahiptir. Sigara tüketimi arttıkça bu besinlerin alımı azalmaktadır (Masood ve ark., 2016).

Doğan ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, sigara içenlerin içmeyenlere göre daha fazla beyaz ekmek tükettikleri, daha az tam buğday ekmeği tükettikleri ve yüksek lifli kahvaltılık gevrekleri tüketmedikleri bulunmuştur.

Erçim ve Baydaş (2017) tarafından yapılan araştırma sonuçlarında, sigara içenlerin daha çok doymuş yağ tükettikleri, sigara içmeyenlerin de sigara kullananlara göre, çoklu yağ asitleri, demir, karoten ve E vitamini alımlarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Treur ve arkadaşları. (2016), sigara ile çok miktarda kahve tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. İnsanlar daha fazla sigara tükettikçe kafein tüketimi de artıyor; dolayısıyla pozitif bir korelasyon var. Yılmaz ve Aykut (2012) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, sigara içenlerin içmeyenlere göre daha fazla çay ve kahve tükettikleri ve bu nedenle her gün daha fazla şeker tükettikleri bulunmuştur.

Efendi (2012) tarafından yapılan bir araştırma sonucunda, sigara içme arttıkça kadınların içki içme sürelerinin arttığı ve egzersiz yapma sıklığının azaldığı tespit edilmiştir. Bir çalışmada sigara içenlerin daha fazla karbonhidrat ve alkol tükettiği bulunmuştur (Irmak, 2015).

Amerikalı kadınların %19'unun kilo alımını önlemek için sigara içmeye devam ettiği tespit edilmiştir (McGovern ve Benowitz, 2011).

Amerika' da yapılan araştırma sonuçlarına göre, sigara kullanımının, obezite, hareketsizlik, çok fazla şeker alımı, doymuş yağlar, tuzlar kronik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında büyük rol oynamaktadır. Sigara kullanımı ile birlikte kişinin yaşam kalitesi ve beslenme biçimi gibi faktörlerin olumsuz etkilendiği yapılan araştırmalar neticesinde görülmektedir (Dietz et al., 2016).

Uçar ve Hasipek (2008) tarafından yapılan bir araştırmada 18-26 yaş arası öğrencilerde sigara içenlerin daha fazla et tükettikleri; narenciye, baklagiller, yeşil yapraklı sebzeler ve süt alımının sigara içmeyenlere göre daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Sigarayı bırakanların kilo almalarının birçok nedeni olduğuna inanılmaktadır. Araştırmalar, düşük sosyoekonomik durumun, kadınların, çok sigara içenlerin (günde bir paketten fazla), siyah Amerikalıların ve 55 yaşın altındaki kişilerin sigarayı bıraktıktan sonra kilo alma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir(Li, Parker ve Kane, 2000).

Yabancı sigarayı bırakanların kilo değişimlerini ve etkileyen faktörleri araştıran bazı çalışmalarda, bir yıl sonra sigarayı bırakan katılımcıların %85 ila %88,6'sının referans ağırlıklarından daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kmetova, Kralikova, Stepankova, Zvolska ve Blaha). , 2014).

Asahara (2013) tarafından yapılan bir araştırmaya göre günlük sigara içimi düzeyleri, sigarayı bıraktıktan sonra BKİ'deki artışla yakından ilişkilidir. Kemetova et

al. (2014), uzun vadede günlük sigara içmenin ve nikotin bağımlılığının kilo değişimleri üzerinde önemli bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, Jacot-Sadowski, Faeh, Paccaud ve Cornuz (2007) tarafından yürütülen bir başka çalışmada, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı (FNDDT puanı) ile kilo alımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

2.2. Yeme Bozukluğu

2.2.1. Yeme Bozukluğu Kavramı

Yeme bozukluğu, yeme davranışı dahil tüm bozuklukları kapsayan bir tanımdır (Toker ve Hocaoğlu, 2009). Detaylı bir muayene yapılırsa, kişinin görünüşüne ve kilosuna ilgi göstermesi, farklı şekillerde zayıflaması ve sağlığının bozulması yeme bozukluğu olarak adlandırılır (Troisi, Massoroni ve Cuzzolara, 2005). Bir başka tanıma göre yeme bozuklukları, belirli fiziksel semptomları olan, iyileşme oranı düşük, tekrarlama oranı yüksek hastalıklar olarak yorumlanmaktadır (Lindberg ve Hjern, 2003). Genel olarak yeme bozuklukları, gelişimi için çeşitli koşulların etkili olduğu (Maner ve Aydın, 2009) ve ergenlik döneminde sorunlara neden olabilen (Aksoy ve Maner, 2008) bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.

Çoğumuz için yemek yemek, açlığa verilen otomatik bir tepkidir, nefes almak kadar kolay veya normaldir. Öte yandan yeme bozukluğu olan kişiler için bu oldukça zorlu bir alan olabilir (Okumuş, 2021). Yeme bozuklukları günümüz toplumundaki en temel sağlık sorunlarından biridir (Castejón Martínez ve Berengüi, 2019).

Ciddi bir küresel sağlık sorununu temsil etmesine rağmen, hastalara ve topluma işlevsel bir yük getirmekte ve ciddi tıbbi sonuçlar ve ölümle ilişkilendirilmektedir (Hawkins-Elder ve Ward, 2020). Beslenme ve yeme bozuklukları, yeme veya yeme ile ilgili davranışların sürekli ve sürekli olarak bozulması, gıda tüketiminde veya emiliminde değişikliklere yol açması ve fiziksel sağlığı veya psikososyal işlevi önemli ölçüde etkilemesi olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Ağır fiziksel aktivite ve katı gıda alımı kısıtlamaları gibi kilo alımını önlemek için uygun olmayan stratejileri teşvik eden çarpık bir yeme davranışı olarak kendi imajına ve kilosuna aşırı dikkati içerir (Castejón Martínez & Berengüi, 2019).

Yeme bozuklukları genellikle anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, pika ve tanımlanmamış yeme bozukluklarını içerir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001). Anoreksiya ve bulimia yaygın olarak yeme bozuklukları olarak adlandırılmaktadır

(Toker ve Hocaoglu, 2009). Anoreksiya nervoza, normal kilolu, bu durumu reddeden, aşırı kilo alma korkusu olan ve vücut yapısını algılayamayan bir kişiyi tanımlar.

Anoreksiya nervozanın iki belirtisi vardır. Birincisi "kısıtlı", ikincisi "oburluk" olarak tanımlanır. Kısıtlı tip, kişinin sık sık tıknırcasına yeme veya eliminasyon göstermediği anlamına gelir. Tıknırcasına yeme, bir kişinin epizod sırasında sürekli olarak tıknırcasına yeme veya eliminasyon davranışıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Bulimia nervoza, kilo alımını önlemek için aşırı yeme ve uygunsuz davranış olarak tanımlanır. Belirli bir zaman aralığında, aynı koşullar altında kişi, normal bir insanın yiyebileceğinden daha fazla besin tüketir. Tanı için üç ay boyunca haftada en az iki kez tıknırcasına yeme ve yaramazlık olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001). Bulimia nervoza'nın "çıkartmalı" ve "çıkartmasız" olmak üzere iki alt başlığı vardır. Çıkartma türü, kişinin epizod sırasında doğru yerde lavman kullanmak yerine tekrar tekrar kusmasıdır. Yapışmaz tip için hasta, atak sırasında aşırı yemek yememek ve egzersiz yapmamak gibi durumu stabilize edecek önlemler almalıdır. Bu kişiyi diğer tipler gibi istismar etmemiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

2.2.2. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yeme davranışları ve yeme bozuklukları ile ilgili sorunlar giderek yaygınlaşmakta ve insanlar bu alanda araştırmaların önemine dikkat çekmektedir. Yeme bozukluklarının yaşam boyu gelişimi ve dağılımı açısından genellikle ergenlik döneminde başlarlar. Hastalığın seyri orta yaşta devam etse de başlangıç nadirdir. Araştırmada anoreksiya nervoza görülme sıklığının 100.000 erkekte 0.5 ve 100.000 kadında 8 olduğu saptanmıştır (Hoek ve Hooken, 2003: 388). Ancak anoreksiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %1.0'dır (Hoek ve Hooken 2003: 387). Benzer bir çalışmada anoreksiya nervoza Amerika Birleşik Devletleri'nde erkeklerde %0.3, kadınlarda %0.9 olarak bulunmuştur (Hudson, 2007: 350). Cinsiyet bağlamında incelendiğinde kadınların anoreksiya nervoza gösterme olasılığının erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Bir başka çalışmada da 2000-2009 yılları arasında İngiltere'de yeme bozukluğu prevalansının %32'den %37'ye yükseldiği bildirilmiştir (Micali ve ark. 2013:1).

Bulimia nervoza ile ilgili epidemiyolojik araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, bazı çalışmalarda anoreksiya nervoza prevalansının 100.000 kişide 8, bulimia nervoza

prevalansının ise 100.000 kişi olduğu bildirilmektedir.12 vakadan (Hoek ve Hooken, 2003: 383). Başka bir çalışmada DSM-5'in adolesan ve gençlerde tanı ölçütleri dikkate alındığında yaygınlık oranı kadınlarda 0,8, erkeklerde 0,1 olarak bulunmuştur (Smink ve ark., 2014: 610). Araştırmalar bulimia nervozanın anoreksiya nervozadan daha yaygın olduğunu ve benzer şekilde cinsiyet açısından da kadınların daha yaygın olduğunu göstermiştir.

Epidemiyolojik araştırmalarda tıknırcasına yeme bozukluğu cinsiyete göre incelendiğinde erkek hastaların diğer yeme bozuklukları türlerine göre daha sık görüldüğü görülmektedir (Striegel Moore ve Franko, 2003: S21). Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların obezite riski ve tıbbi komplikasyon eğilimleri de üzerinde durulmuştur (Wonderlich, 2009: 692).

2.2.3. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Araştırmacılar yeme bozukluklarının oluşumuna neden olan faktörleri araştırmış olsalar da son yıllarda orijinal sonuçlara ulaşamamış olup, araştırma sayısı da oldukça sınırlıdır. Yeme bozukluklarının etiyolojisi çok yönlü ve yapısı karmaşık olduğundan yeme bozukluklarının etiyolojisinde çeşitli risk faktörlerinin rolü araştırmaların ortak sonucudur. Araştırmalar ayrıca gelişim, sosyal kültür, biyoloji, genetik, aile, psikodinamik ve bilişsel faktörlerin bu süreçteki etkisine vurgu yapmaktadır (Kuruoğlu-Çepik, 2000: 32; Yücel, 2009: 40).

2.2.3.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler

Ön beyin hipotalamusunun hücre çekirdeği yeme davranışında önemli bir rol oynar. Hipotalamusun ventromedial çekirdeği tokluğu kontrol eder ve lateral çekirdek açlığı kontrol eder. Bu çekirdek sistemin bozulması, işlev kaybına ve yeme davranışının kötüleşmesine yol açacaktır. Özellikle ventromedial yaralanma ile ilerleyen patoloji obeziteye yol açabilmektedir. Ayrıca telensefalon, paraventriküler ve dorsal medial nukleus, arkuat nukleus, nukleus akumbens, amigdala, visseral korteks, olfaktor korteks, orbitofrontal korteks, nukleus akumbens ve ventral serebral korteks gibi pek çok yapı da yeme davranışlarıdır. Olumlu oluşumun belirleyici faktörüdür (Burakgazi ve diğ., 2013:2).

Nörolojik araştırmalara ek olarak, aile araştırmaları da yeme bozukluklarının anlaşılmasına yardımcı olur. Aileler üzerinde yapılan çalışmalarda farklı bulgular ele alınsa da anoreksiya ile bulimia nervoza arasındaki geçişin ortak bir nedeni olduğuna

inanılmaktadır (Kuruoğlu-Çepik, 2000: 32). Çalışmada anoreksiya nervoza hastalarının birinci derece akrabalarının %4,4'ünde bulimia nervoza, %2'sinde anoreksiya nervoza olduğu tahmin edilmektedir. Çalışmanın kontrol grubu %0 ve %1,3 oranları bildirmiştir (Gershon ve ark., 1984: 1419). Bu çalışmanın aksine Strober'in çalışmasında anoreksiya nervoza hastalarının akrabalarının %4,1'inde anoreksiya nervoza vardı ve bu oran kontrol grubunda sıfır olarak bulundu. Bu çalışmada bulimia nervoza insidansı %2,6 olup, normal popülasyondan farklı bir sonuç elde edilememiştir (Strober ve ark. 2000: 396). Elde edilen sonuçlardaki farklılıklara rağmen, yeme bozukluklarına ailede bir eğilimin olduğu açıktır. Net bir sonuca varılamasa da ortak etiyolojik faktörlerin olduğu düşünülmektedir.

2.2.3.2. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörler açısından bakıldığında kadınlar, bireysel vücut ve kilo sorunları, vücut kitle indeksi, kilo ve beden memnuniyetsizliği, dürtüsellik ve erken başlangıçlı ergen yeme bozukluklarının gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (Ertuğ-Toker ve Hocoğlu, 2009: 39) Ayrıca, mükemmeliyetçilik, travma, istismar, aşırı koruma ve duygusal yabancılaşma gibi aile kalıplarının yanı sıra bilişsel faktörlerin de yeme bozukluklarının diğer önemli belirleyicileri olduğu düşünülmektedir (Herman, 2002: 195).

Mükemmeliyetçi yapıya sahip insanlar, yüksek standartlar belirleyen bir yapının içindedirler ve bu standartları tutturamadıklarında başarısız olduklarını düşünürler. Mükemmeliyetçi kişilik yapısına sahip kişilerde yeme bozukluğu riski çok yüksektir (Broman-Fulks, 2008: 489). Bu açıdan kişilik yapısının yeme bozuklukları üzerindeki etkisinin tükenmez olduğu söylenebilir.

Diğer bir faktör olan travma, özellikle çocukluk çağı travması, istismarın doğrudan veya dolaylı olarak neden olduğu yeme bozukluklarının etkili bir bileşenidir (Everill ve Waller, 1995: 1). Çocukluk travmasının etkisinin ne kadar önemli olduğunu anlıyoruz.

2.2.3.3. Sosyo-kültürel faktörler

Batı toplumunda insanlar özellikle zayıflığın idealize edilmesi durumunda yeme bozukluklarının gelişmesine ve ilerlemesine yol açacağını görmüşlerdir (Polivy ve Herman, 2002: 191; Polivy ve Herman, 2004: 2). Bu idealize edilen sürece ek olarak medya aracılığıyla kadınlara zayıflık, güzellik, incelik, çekicilik ve başarı mesajı

verilmesi, bireylerin diyet gibi farklı çözümleri benimsemesine yol açmış ve yeme bozukluklarının oluşmasının önünü açmıştır (Fitzsimmons, 2011). : 1226). Günümüzde bu bozukluğun sadece Batı toplumunda değil, hemen her sosyoekonomik düzeyde var olduğu tespit edilmiştir (Yager ve Powers, 2007:401).

Medyanın kadınların zayıf, erkeklerin sağlıklı olması gerektiği yönündeki baskısı, vücutlarından memnuniyetsizliğe ve yeme davranışlarının bozulmasına yol açmaktadır. Aynı zamanda kadınların ideal kilolarına ulaşmak için güzellik dergileri okudukları ya da erkeklerin fitnessa ilgilerinin arttığı bildirilmektedir (Morry ve Staska, 2001: 276).

Yapılan araştırmada gıda kıtlığının olmadığı bir kültürde özellikle sosyoekonomik açıdan değerlendirildiğinde kadınların erkeklerden daha zayıf olduğuna ve obezitenin olumsuz olarak değerlendirildiğine işaret edildi. Ayrıca toplumda kilolu kişilerin eleştirilmesi ve aşağılanması daha fazla memnuniyetsizliğe neden olmuştur (Striegel-Moore ve Bulik, 2007).

2.2.3.4. Psikodinamik Faktörler

Psikanalitik teori başlangıçta yeme bozukluklarını çok farklı bir bakış açısıyla ele almış, anoreksiya nervozanın ağız yoluyla hamilelik korkusuna karşı bir savunma olduğuna işaret etmiştir. Bunun, cinselliği ya da hamileliği yiyecekleri simgelemek için kullanarak kaçınılması gereken bir süreç olduğuna inanmaktadırlar (Davidson ve Neal, 2004: 224). Diğer psikodinamik teoriler, bulimia nervoza gelişiminin kadınların yetersiz öz-farkındalıklarının, özellikle anne-kız çatışmalarının sonucu olduğuna, bulimia gelişiminin ise çocukların annelerine olan ihtiyaçları arasındaki çatışmaların bir sonucu olduğuna işaret etmektedir. İlk zamanlarda annenin istekleri reddedilir ve reddedilir (Davidson ve Neal, 1996).

Minuchin ve arkadaşları tarafından 1975 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçları incelendiğinde yeme bozukluğu olan çocuğu olan ailelerin özellikleri dört kategoriye ayrılmıştır. Birincisi anoreksiya nervoza hastaları başta olmak üzere iç içe aile yapısı ve mahremiyet kısıtlamaları içeren aile yapısıdır. İkincisi, anoreksiya nervoza hastalarında benzer performans gösteren aşırı korumacı aile imajı, üçüncüsü değişiklikleri kısıtlayan katı bir aile imajı ve sonuncusu ise çatışma çözümünden kaçınan ve her zaman çatışmanın ortasında kalan bir aile imajıdır (Minuchin ve diğerleri, 1975:1032).

Başka bir çalışmada ise yaş, çocukluk ve yetişkinlik travmalarına göre ayrılma-bireyleşme sürecinin tamamlanması, benlikten memnuniyetsizlik gibi maddelerle karşılaşmıştır (Zerbe, 2001:305). Benzer şekilde bazı kişiler anoreksiya nervozanın özellikle anne-kız çatışması dışında kadınları teşhis edemediğini söylemektedir (Yücel, 2009: 41). Bu nedenle yeme bozukluklarının katkısını anlamak için psikodinamik faktörler önemlidir.

2.2.3.5. Bilişsel Faktörler

Bilişsel modele göre, işlevsel olmayan düşüncelerin, yani bireysel duygu ve davranışları etkileyen işlevlerini yitirmiş tüm düşüncelerin hemen hemen tüm patolojilerde yaygın olduğu iyi bilinmektedir. Bireyler düşüncelerini gerçekçi bir şekilde değerlendiren filtrelerden geçtiklerinde duygu ve davranışlarının değişmeye ve gelişmeye başladığını görebilirler. Bilişsel modeller, güçlü bir bilişsel düzeyde gerçekleştirilir ve kişisel dünya, temel inançlar ve diğer insanlarla ilgilidir. Bu süreç, işe yaramayan fikirlere alternatifler aramaya devam eder (Baker, 2020: 3). Bu açıdan bakıldığında bazı kişiler rahatsız edici duygu ve davranış kalıplarının ortaya çıkacağını düşünürler.

Yeme bozukluklarında bireyin temel inancı genellikle ideal kiloya ve bedene sahip olmaktır, beden ve ağırlıkla ilgili gerçekçi olmayan beklentiler ve benlik değeri inançları ancak bu beklentilerin karşılanmasıyla geliştirilebilir (Geller ve Dunn, 2011: 6). Araştırmalar, anoreksiya nervozanın aşırı kilolu olma korkusuna bağlı olarak kendi kendine aç ve kilo kaybına yol açtığını bildirmektedir. Bazı insanlar zayıf olmanın kişisel kaygıyı azaltacağını söylüyor. Öte yandan, bulimia nervoza, bireyin vücudunun görünümü ile ilgili yoğun endişeleri ve kilo alımı ile ilgili endişeleri içerir. Daha sonra bireyin benzer kararlarla ilerleyemediği ve kendisini yeme ve çıkarma sürecinde bulduğu söylenmiştir (Davidson ve Neal, 2004: 228).

Bilişsel terapi daha da ilerlemiştir ve özellikle bulimia nervoza ve bulimia olmak üzere yeme bozukluklarının kanıtlarına dayanmaktadır (Vocks ve ark., 2010: 206). Ancak BDT'nin yeterli gelmemesi üzerine bazı değişiklikler yapılmış ve geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi (G-BDT) uygulamasına geçilmiştir. G-CBT'nin temel amacı, yeme bozukluklarına odaklanarak işlevini ve beslenme yöntemini bulmaktır. Daha sonra yeme bozukluklarına alternatif davranış modelleri getirerek bireyin zihinsel yapısındaki değişiklikleri kaydetmeye çalışmıştır (Fairburn, 2020: 2).

Tüm çalışmalar gözden geçirildiğinde hastalığa yol açan faktörlerin incelenmesinin önemli ve anlamlı katkıları olmakla birlikte, tüm olgulara tam olarak genellenebilecek bir model bulunamamıştır.

2.2.4. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma .

DSM, beşincisi 2013 yılında teşhis ve sınıflandırma amacıyla piyasaya sürülen belirli değişikliklerden geçmiştir. Bu değişiklikler, "anoreksiya nervoza", "bulimia nervoza" ve "ayrı olarak listelenmeyen yeme bozuklukları" dışında "yeme bozuklukları" olup, DSM IV-TR'de yer alan bebeklerde ve çocuklarda yeme bozuklukları ayrı ayrı sınıflandırılır ve yetişkinler ve çocuklar DSM V. ile tek bir başlık altında gruplandırılmış ve "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığı altında birleştirilmiştir.

Bu hükme ek olarak, "bulimia", bulimia nervozanın bir alt türü olarak tanımlanmamış, ayrı bir kategoride değerlendirilmiştir. Ayrıca anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve bulimia tanı süresi kısaltılarak, anoreksiya nervoza tanısı için gerekli olan amenore (adet döngüsü sonlandırma) ortadan kaldırılır. Ayrıca, "Bebek ve Küçük Çocuklarda Yeme Bozuklukları" tanısız sınıflandırmasından bir diğer önemli içerik silinerek, "Kaçınma/Kısıtlayıcı Besin Alım Bozuklukları" tanı sınıflamasına dahil edilmiştir.

Çalışmanın bu bölümünde DSM-5'e göre "yeme bozuklukları"nın tanı ve sınıflandırması incelenecek ve tartışılacaktır.

2.2.4.1. PİKA

Pika, normalde yenilebilir olarak kabul edilmeyen maddelerin ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde yemesi anlamına gelir. Kültürel olarak uygunsuz olarak tanımlanan bu durum, genellikle çocuklarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca anemi ve kurşun zehirlenmesinin önemli bir nedenidir (Leung ve Hon, 2019: 1).

Pika esas olarak çocukluk çağında ortaya çıksa da farklı yaş grupları ve kültürlerde de görülebilmektedir. Genel olarak pika çocuklarının boya, iplik, saç, alçı, kağıt, silgi, taş ve bez yedikleri görülmüştür (Stiegler, 2005: 28).

Araştırmalar, pika'nın daha çok sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde görüldüğünü göstermiştir. Bu durum istismar ve ihmale uğrayan ve annesiyle iletişimi zayıf olan çocuklarda grlmştir (Matson ., 2013: 2569).

Pika tıbbi sorunlara neden olabilse de, yaygınlığı hakkında bilgi çok sınırlıdır. İsviçre'de 7-13 yaş arası 1430 ocuk arasında pika davranışı görülme sıklığı %3,8'dir (Murray ve ark., 2018: 1). Bir başka çalışmada ise Afrika'da diğer kıtalara göre daha fazla pika yeme bozukluğu saptanmıştır (Hartman., 2018: 2).

2.2.4.2. Geri ıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu)

Geri ıkarma bozukluğu (Ruminasyon bozukluğu) bireyin istemi dışında ve alışkanlık biçimine dönüşen yineleyici bir yeme bozukluğu çeşididir. Geri ıkarma bozukluğu öncesinde bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde tanılanan bir bozukluk olarak değerlendirilirken

DSM-5'te beslenme ve yeme bozuklukları kategorisinde yer alarak yetişkinlerde de tanılanan bir sınıflandırmaya koyulmuştur (Köroğlu, 2014: 172).

Geviş getirme bozukluğunun nedenleri tam anlamıyla bilinmese de kültürel, organik, psikodinamik ve sosyoekonomik faktörlerin önemli rol oynadığı ve stresin tetikleyici olduğu bilinmektedir (Kessing, Smout ve Bredenoord, 2014: 487).

Ruminasyon, besinlerin daha kolay sindirilebilmesi için geviş getiren hayvanlarda fizyolojik açıdan normal bir süreçtir. Fakat bu durum tekrarlı bir biçimde meydana gelirse patolojik boyutunu değerlendirmek gereklidir. Ana semptom herhangi bir mide bulantısı olmaksızın kusma olarak ifade edilse de asıl durum ağızdan alınarak yutulan sıvı ve gıdanın yetersizliği olarak belirtilmiştir. Bu durum yemekten 10-15 dk. ncesinde olabileceği gibi 1-2 saatte sürebilir ve besinler tekrar yutulabilir, açığa çıkabilir. Semptomlar bazen besinlerin içeriğine ve büyüklüğüne göre değişkenlik gösterebilir ancak çoğu hastada yemekten sonra olur ve sıvılar da bu duruma dahildir (Barba ve diğerleri, 2016: 1).

Yapılan araştırmalarda bu bozukluğun gelişimsel geriliği bulunan çocuklarda hemen her yaşta ve sıklıklarla erkeklerde görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca gelişimsel geriliğin yanında yapılan başka bir araştırmada mental retarde olan küçük çocukların %6 ile %10 arasında bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Tack ve diğerleri, 2011: 783; Olden, 2001: 352). Bununla birlikte ruminasyon bozukluğunun yalnızca ocuk ve

ergenlerde değil yetişkinlikte de görülebileceğine dair çalışmalar yapılmıştır (Thomas ve Murray, 2016: 1). Meksika ve Avustralya'da gerçekleştirilen bu araştırmalarda, Meksika'da %9 ve Avustralya'da %8 oranında sonuçlar bulunmuştur (Lopez-Colombo ve diğerleri, 2012: 1).

2.2.4.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, öncesinde çocukluk dönemi beslenme bozuklukları arasında değerlendirilirken DSM-5 ile beslenme ve yeme bozuklukları çatısı altına girmiştir. Böylelikle hem çocuklar hem yetişkinler için değerlendirilmektedir. Bu değişikliğin temel sebebi 6 yaş altı çocuklar ve kısıtlayıcılık durumlarıyla çalışıldığı için yetersiz görülmesidir (Kreipe ve Palomaki, 2012: 423).

Kilo ve görüntü endişesi olmaksızın sıklıkla somatik ağrılar ve yakınmalarla ilerleyen ve gıdaların kısıtlanması ile devam eden durumdur. Çoğunlukla gıdadan bağımsız olarak yaygın anksiyete, duygudurum belirtileri ve iştahı, yemeyi bozan obsesyonlar olarak tanılanmaktadır (Köroğlu, 2014: 172). Kaçınan ve kısıtlayıcı yeme bozukluğu hastalarının klinik anlamda psikiyatrik ya da tıbbi bir durumu olabilir ama vücuduyla ilgili endişeleri yoktur. Travmalara ve strese karşı tepkili olabilirler. Zihinlerindeki o tehlikeli yiyeceklere (şeker, kimyasal) karşı tepki gösterebilirler. Boğulmaktan, bulantı ve ağrıdan kurtulmak amacıyla yemeyi tercih edebilirler ya da olumsuz duygularla başa çıkmaya çalışırken besin almayı reddedebilirler (Fisher ve diğerleri, 2014: 50).

Yeni besinleri denemek için çok fazla isteksizlik, besinleri çok seçici ve sınırlı bir biçimde yeme olarak tanımlanır. Bir gıda fobisi biçiminde ilerler, topaklı ve katı besinleri yutmaktan korkma, boğulma, kusma korkusu ve öğürme fobisi olarak görülür (Bryant-Waugh ve diğerleri, 2010). Bununla birlikte bu bozukluğun çocuklarda klinik ortamlarda sıklıkla görüldüğü ve toplumda da yaygın olduğu bildirilmiştir (Thomas ve diğerleri, 2017: 52). Çoğu araştırma ergen ve çocuklara odaklansa da yetişkinlerde de bu probleme rastlanmaktadır. 2016'da Japonya'da yapılan bir araştırmada 15 ile 40 yaşları arasında yeme bozukluğu sebebiyle başvuruda bulunan 1029 bireyin 15 yıllık izlem sonucunda %9,2 oranında yaygınlık tespit edilmiştir (Nakai ve diğerleri, 2016: 529).

2.2.4.4. Anoreksiya Nervozza

1873 yılında William W Gull anoreksiya nervozayı "nöropatik iştah kaybı" olarak tanımlasa da günümüz araştırmaları ile hastaların zihinleri sürekli olarak diyet ve kalori hesaplamalarıyla dolup taşmaktadır. Anoreksiya yerine bu tanım gibi (Yücel, 2009: 2). Kilolarını ve iştahlarını kontrol etmeye çalışırlar ve telafi edici müshil kullanımı, kendi kendine kusturma ve aşırı egzersiz yoluyla kalori alımlarını dengelemeye çalışırlar (Bruch, 1982: 1532). Öte yandan, bu hastalığa sahip bazı kişiler, gıda alımını kısıtlamanın neden olduğu kendini cezalandırma ve rekabet gibi farklı psikolojik süreçleri beraberinde getirecektir. Dış dünyayla ilgilenen bu hastalar, kiloları normalin altına düştüğünde zayıflar ve izole olurlar (Fairburn ve Harrison, 2003: 407). Bu durumun temel nedeni anoreksiya nervozanın benlik saygısı ile yakından ilişkili olmasıdır. Normal kilonun çok altında kilo alan ve kilo alan hastalar kendilerini mahcup ve hayal kırıklığına uğramış hissederler (Todd, 2019: 10).

Anoreksiya nervozza ile ilgili araştırma sonuçları genellikle 15-19 yaşlarında başlamaktadır. Ergenlik döneminde genç yetişkinlerin %4'ünde hastalığa, %5'inde ise 20 yaşından sonra gelişecektir. Ayrıca kızların erkeklere oranla 20 kat daha sık görüldüğü, ergen kızların görülme sıklığının ise %0,5 ile %1 arasında olduğu belirtilmektedir (Örsel ve ark., 2004: 5).

Hastalığın seyri öncelikle bireyin diyet yapma ve kilo alma korkusuyla başlar. Buradaki "obezite" korkusu, ergenlik çağındaki hemen hemen herkesin karşılaşacağı seviyedir. Daha sonra diyet yapılırken çeşitli kısıtlamalar getirilmiş, kalorisi yüksek besin grupları birer birer ortadan kaldırılmış ve bu durum had safhaya ulaşana kadar bozukluk gelişmeye devam etmiştir. Kişi kilo verdiğini gördüğünde daha fazla kilo vermek ister ki bu da bir saplantı haline gelir. Bu durum diyete laksatiflerin eklenmesiyle devam eder (Steinhausen, 2008: 234; Walsh ve Garner, 1997: 27). Burada bireyin vücudunu algılaması, hayatını tehdit eden gerçeği anlaması ve bu konuda akıl yürütmesi zordur. Birey ve diyet arasındaki ilişki değiştiği için ikna edici tedavi süreci zordur. Uzun süreli yemek planlama, kalori sayma, yiyecekleri küçük parçalara ayırma, başkaları varsa atma ve saklama gibi farklı davranış kalıpları vardır (Yücel, 2009: 41).

2.2.4.5. Bulimiya Nervoza

"Bous" kelimesi inek, "limuzin" ise açlık anlamına gelir. Birlikte, bugün kullandığımız bulimia nervozanın kökenini oluştururlar. Birlikte kullanıldığında "bir ineği yiyecek kadar aç" anlamına gelir. Bu davranış kalıbı, Roma İmparatorluğu'nda yaşayan zenginlerin sınırsız yemek yedikten sonra kusmaya ve tekrar yemeye devam etmesiyle oluşmuş ve patolojik bir forma dönüşmüştür. Hastalığın ana semptomları aşırı yemek yemeyi ve ardından onu dengelemek için uygun olmayan davranışları benimsemeyi içerir. Bunlara kusma, müshil ve diüretik kullanımı dahildir. Bu kişiler sürekli kiloları ve vücutlarıyla uğraşırlar (Yücel, 2009: 41).

Bulimia nervoza için temel tanı kriterleri 1979'da Gerald Russell tarafından belirlendi. Russell'in 30 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, temel olarak obezite korkusu olan çok fazla yemek yeme isteği ve sonrasında kusma davranışı ile ilerleyen bir durum olarak ifade edilmiştir. Aslında Russell, bulimia nervozayı en açık şekilde "kronik anoreksiya nervoza" olarak tanımlamaktadır (Castillo ve Weiselberg, 2017: 85). Ancak bulimia nervoza, anoreksiyanın "yeme-içme"sinden farklıdır. Anoreksiyadan farklı olarak bireyde adet görmez ve normal kilodadır (Polivy ve Herman, 2002: 189).

Bulimia nervoza genellikle 18-25 yaş aralığında gelişen ve çok erken başlangıçlı bir hastalıktır (Ersoy, 1991: 99). Ayrıca başka psikopatolojilerin eşlik ettiği bir ruhsal bozukluk olarak da kendini gösterir (Stice, 2002: 825). Bulimia nervoza hastaları, diyete, boyuta ve zayıflığa dikkat etmenin yanı sıra yeme atakları sırasında kontrolü kaybeder ve sonrasında utanç duyar. Bu gerçekleşikten sonraki süreçte, telafi etmek için kusma ve boşaltım gibi davranışlarla kendilerini rahatlatmaya çalışırlar, böylece ağırlıkları normal seviyede kalır (Fairburn ve Harrison, 2003: 407).

Bulimia nervoza hastaları çok yüksek karbonhidratlı yiyecekler yerler ve daha sonra bunları gizlice çıkarırlar. Bu hastalığı olan kişiler, kiloları normal olmasına rağmen adet düzensizliği yaşayabilir. Hastanın yüzü ciddi şekilde şişmiş olmasına rağmen, tükürük bezlerinin şişmesi nedeniyle vücudu yüzüne göre daha zayıftır. Kendi kendine kusma nedeniyle cilt sertleşir, kalınlaşır ve diş çürükleri oluşur (Gibson, Workman ve Mehler, 2019: 264).

2.2.4.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanımı ilk olarak 1959'da Stunkard tarafından önerilmiş ve kişinin kontrolü dışında aşırı yeme olayının tamamı olarak ifade edilmiştir

(Stunkard, 1959: 284). Bulimia ilk olarak DSM-5'in ayrı başlığı altında tartışılmaktadır. Raporlara göre, yaşam boyu yaygınlığı %2,6 ile araştırmalarda giderek daha yaygın hale geliyor.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, belirli bir süre boyunca tüketilen gıda miktarını kontrol edemeyen ve diğer yeme bozukluklarından ayırt edilmesi güç olan bir yeme davranışıdır. Bulimia nervozadan farklı olarak temel fark, aynı sürecin tekrarlanması ve uygunsuz bir telafinin olmamasıdır (Cooper ve Fairburn, 2003: 91). Ayrıca bu hastalığa sahip kişiler nadiren utanırlar ve yeme davranışlarını gizlerler. Bu hastalıkta tıkınırcasına yeme davranışı göz ardı edilmekte ve daha fazla obezite söz konusu olmaktadır (Guerdjikova, 2017: 2).

Başka bir çalışmada ise tıkınırcasına yeme prevalansının telafi edici bir davranışı olmadığı ve özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu olmayan bireylerin anksiyete ve duygudurumla ilgili sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (Wonderlich ve ark., 2009: 691).

2.2.5. Yeme Bozukluklarında Klinik Değerlendirme

Yeme bozukluklarını değerlendirerek birçok klinik durumu belirlemeye çalışın. Yeme bozukluğu olabilecek bireyleri teşhis etmenin yanı sıra, yaşadıkları hastalığın ciddiyetini ve kişisel risk faktörlerini anlamak da önemlidir.

Yeme bozukluğu tanısında hastanın ilk kez karşılaştığı uzmanın doğru yönlendirmesi çok önemlidir çünkü araştırmalar hastanın hastalığı kabul etmede isteksiz olduğunu ve kabullenmesinin zor olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu hastalar tedaviye gönüllü olarak başvurmayarak doktor tavsiyesi veya aile üyeleri aracılığıyla kliniğe başvurmuşlardır (Geller ve Dunn, 2011: 10).

Klinik değerlendirme için öz bildirim ölçekleri kullanılsa da genellikle yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış veya yapılandırılmamış yüz yüze görüşmeler tanı için daha uygundur. Yapılandırılmış görüşmeler daha çok öz-bildirim ölçeklerine benzer ve "evet, hayır" gibi cevaplar alırsınız. Yapılandırılmamış görüşmeleri sistematik olarak yapmak zordur. Yarı yapılandırılmış görüşmeler bağlantılı bir sisteme göre yapılabilir ve ek sorular olabilir. gerektiğinde kullanılır.

Özbildirim ölçeği, yeme davranışlarını tanımlamada başka bir yöntem ve yararlı bir yöntemdir. Klinik görüşme yapılmadan önce hastalar hakkında bilgi edinmek ve

zaman içinde kolaylık sağlamak için kullanılır. Derecelendirme ve değerlendirme de kolaydır (Black ve Wilson, 1996: 43).

Değerlendirmenin psikolojik bölümünde yeme bozukluklarının gelişimi, diyet kısıtlaması, kalori kısıtlaması, telafi edici davranış, kiloya dikkat, vücuda dikkat, ayrıca komorbiditeler, aile öyküsü ve günlük yaşamdaki işlevleri değerlendirilir. Tıbbi değerlendirmede bireyin fiziksel sağlık sorunu olup olmadığının bilinmesi için boy, kilo, tansiyon ve diğer değerlerin ölçülmesi, muayene sonrası acil bir durum olup olmadığına aile üyelerine rehberlik etmesi için gereklidir.

2.2.6. Yeme Bozukluklarında Tedavi

Önceki bölümlerde bahsedildiği gibi yeme bozuklukları çok yönlüdür ve anoreksiya nervoza dahil ciddi tıbbi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu nedenle tanıdan sonra hızlı bir şekilde tedavi aşamasına geçilmesi önemlidir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "Yeme Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisine Yönelik Kılavuz İlkeler" (Yager ve ark., 2007: 75-87) yeme bozukluklarının tedavisinin ana hedeflerini şu şekilde belirtmektedir:

- Anoreksiya nervoza ve bulimia hastalarının normal kilolarına kavuşmasına izin verin. Çocukların ve ergenlerin cinsel ve fiziksel gelişiminin yaş grubuna, erkeklerin normal hormon düzeylerine ve cinsel dürtülerine ve kadınların adet görmelerine uygun olmasını sağlamak

- Bulimia nervozanın telafi edici davranışını azaltın ve durdurun

- Fiziksel problemler için tedavi sağlayın

- Sağlıklı beslenme ve beslenme alışkanlıkları konusunda bilgilendirme eğitimi vermek

- Sağlıklı beslenme alışkanlıkları oluşturmak ve tedavi motivasyonu sağlamak

- Yeme bozukluklarıyla ilgili işlevsel olmayan düşünce ve tutumları değerlendirin ve değiştirin

- Özellikle benlik saygısı olmak üzere duygusal ve dürtü kontrol sorunları gibi eşlik eden hastalıkları tedavi edin

- Aile üyelerine sosyal destek sağlamak

- İşlem sırasında tekrarlamayı önleyin

Bu düzenlemelerin amacına göre hastalığın tedavi süreci ağırlıklı olarak ilaç, beslenme tedavisi ve psikopsikoterapi yoluyla gerçekleştirilmektedir.

2.2.7. Yeme Bozukluklarında Psikolojik Psikoterapi

Psikodinamik terapi: Psikodinamik terapide, tedavi süreci yapılandırılmamış bir şekilde gerçekleştirilir. PT'nin amacı, geçmiş olaylar, deneyimler ve duygular arasında bağlantılar kurmak ve ziyaretçinin zorluklarla karşılaştığı ve bir şekilde direndiği durumları belirlemektir. Süreç boyunca içsel çatışmalar, empati, fanteziler ve hayaller ele alınır (Zerbe, 2001: 308).

Bilişsel davranışçı terapi: Yeme bozukluklarının tedavisinde BDT'nin temel amacı, yeme davranışını normalleştirmek ve hastaların vücut ölçüleri ve ağırlıklarına ilişkin algılarını incelemektir (Geller ve Dunn, 2011: 6). Özellikle, bulimia nervosa tedavisinde bilişsel davranışçı uygulamaların ve müdahalelerin kullanımına yönelik kanıta dayalı destek (Vocks ve diğerleri, 2010: 213).

İlk olarak değerlendirme süreci ile başlar ve psikolojik değerlendirme ile devam eder. Bir sonraki adımda, danışan ve terapist arasında bir işbirliği kurarak kendi kendini izleme ve ölçmeyi planlayın. Burada yeme davranışının normalleşmesi için belirlenen kurallar aracılığıyla bilişsel ve davranışsal beceriler kazanmaya çalışın. Son adımda ise otomatik düşünme ve bilişsel hatalar gözden geçirilir ve bilişsel yeniden yapılandırma müdahaleleri yapılır. Temelde beklenen, bu kalıbı normalleştirmek ve düzene koymaktır (Davidson ve Neal, 2004: 228).

Gelişmiş Bilişsel Davranışçı Terapi: BDT'nin genişletilmiş bir versiyonudur. G-CBT'nin amacı, bireysel algı ve davranışları değerlendirmektir ve değişim getirmesi beklenir. Temelde BDT'ye benzer ve terapist tarafından takip edilen yapılandırılmış bir protokole sahiptir. Bu tedavi yöntemi, yeme bozukluklarını çapraz tanısal bir bakış açısıyla inceler, ardından belirli vakalar için bireysel müdahale planları ve formülleri izler. Bu genişletilmiş tedavi yöntemi, insan ilişkileri tedavi modelleri ve müdahaleleri ile karşılaştırıldığında, etkinlik açısından önemli sonuçlar bulunduğu ve daha hızlı sonuç verdiği söylenmektedir (Fairburn, 2020: 50).

Gelişmiş Bilişsel Davranışçı Terapi: BDT'nin genişletilmiş bir versiyonudur. G-CBT'nin amacı, bireysel algı ve davranışları değerlendirmektir ve değişim getirmesi

beklenir. Temelde BDT'ye benzer ve terapist tarafından takip edilen yapılandırılmış bir protokole sahiptir. Bu tedavi yöntemi, yeme bozukluklarını çapraz tanısallık bir bakış açısıyla inceler, ardından belirli vakalara yönelik müdahale planları ve bireylerin toplantıya getirdiği formüller gelir. Bu genişletilmiş tedavi yöntemi, insan ilişkileri tedavi modelleri ve müdahaleleri ile karşılaştırıldığında, etkinlik açısından önemli sonuçlar bulunduğu ve daha hızlı sonuç verdiği söylenmektedir (Fairburn, 2020: 50).

Kişilerarası ilişki psikoterapisi: Bu, bireylerin kişilerarası ilişki sorunlarını anlamalarına yardımcı olmak için tasarlanmış kısa vadeli bir yöntemdir. Bu psikoterapi, bulimia nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğunu tedavi etmek için kullanılır. Aslında amacı, hastalığın başlangıcından itibaren hastalığa yol açan kişilerarası ilişkiyi değerlendirmek ve gelecekte sağlıklı bir ilişki kurmaktır. Beden imajı ve kilo gibi faktörlerden ziyade sosyal geri çekilmeyi ve düşük öz yeterliliği vurgulayın (Murphy ve diğerleri, 2012: 154).

Diyalektik Davranış Terapisi: DDT'nin temel amacı, yeni durumlar veya olaylar karşısında yeni düzene uyum sağlamak ve uyum sağlamaktır. Bu davranışlar tedaviden günlük yaşama aktarılır ve uygulamaya konulur. Bu yöntemin uygulanmasında dört temel ilkeye vurgu yapılmaktadır; farkındalık, sıkıntılı veya sorunlu olaylar karşısında hoşgörü, duyguların düzenlenmesi ve kişilerarası verimlilik (Telch, Agras ve Linehan, 2001: 1061).

DDT, özellikle borderline kişilik bozukluğu tedavisinde ilk tercih olan bir psikoterapi yöntemidir. (Safer, Telch ve Agras, 2001: 632).

Aile temelli terapi: 1978'de Minuchin, Rosman ve Baker, yeme bozukluklarının tedavisinde işlevsel olmayan aile kalıplarını inceleyerek davranışsal müdahaleler planlayabileceklerini belirtmişlerdir. Bu yöntem Dare tarafından Maudsley yöntemi olarak tanımlanmakta ve anoreksiya ve bulimia nervosa tedavisinde etkili bir yöntem haline gelmiştir (Lock ., 2010: 1026; Le Grange ., 2015: 887).

ATT'nin uygulanması 3 ana adımı içerir. İlk adımda, çocukların sağlığını iyileştirmek için ne gibi önlemler alınabileceğini gösterir. Bir sonraki adımda çocuk kilo almaya başladığında ailede karşılaşılan sorunları çözmeye çalışın, son adım ise hastanın sağlıklı kiloya ulaşmasını sağlamak ve farklı gelişimsel sorunlara odaklanmasını sağlamaktır. Hastalık, hastanın yaşına bağlıdır (Dare ., 1990: 42).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma pandemi sürecinde İstanbul’da sigara içen çalışanlar üzerinde sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu ilişkisinin değerlendirilmesi amacı ile kesitsel-tarama araştırma modeli kullanılarak yapılmıştır. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez” (Karasar, 2009,s.77).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini pandemi sürecinde İstanbul’da sigara içen 444 çalışandan oluşturmaktadır. Araştırma için kullanılan veriler katılımcılardan Google-Form oluşturularak basit tesadüfi örneklem ile toplanmıştır.

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların yaş, cinsiyet vb. tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde Fagerström Nikotin Bağımlılık testi ve üçüncü bölümde yeme bozuklukları ölçeği yer alacaktır.

3.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1978 yılında Fagerström tarafından 8 sorudan oluşan ve 1-10 puan arasında skorlanarak bağımlılık düzeyinin ölçüldüğü bir anket geliştirilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda iç tutarlılığındaki yetersizlik, "Evet-Hayır" gibi yanıtlardan oluşan sorular içermesi ve bazen toplam skorun aynı kişilerde farklı zamanlarda farklı puanlar göstermesi nedeniyle 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından FNBT geliştirilmiştir. Bu test altı soruluk test haline getirilmiş ve toplam skor, 0-10 puandan oluşmaktadır. Daha sonra bu anketin soruları 0-1 ve 0-3 puan şeklinde değiştirilmiş ve günümüzde kullanılan halini almıştır.

3.5. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Fairburn ve Cooper (1993) tarafından geliştirilmiş olan orijinal adıyla “Eating Disorder Examination (EDE)” Fairburn ve Beglin (1994) tarafından öz bildirimle dayalı, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) şeklinde uyarlanmıştır. Yeme

bozukluğu davranış ve tutumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek, 5 alt ölçekle birlikte 31 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; Kısıtlama, Tıkınırcasına Yeme, Beden Şekliyle İlgili Endişeler, Yemeyle İlgili Endişeler ve Kiloyla İlgili Endişeler şeklindedir. Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği dışındakiler 0 ile 6 arasında derecelendirilmiş sorular barındırmaktadır. Ölçeğin toplam puanı, bu dereceli alt ölçeklerin toplam puanından elde edilmektedir. Yükselen puanlar YB patolojisinin yüksekliğine işaret etmektedir.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan katılanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 1. Normal Dağılım

	N	Basıklık	Çarpıklık
Nikotin Bağımlılığı Toplam	444	-1,207	0,128
Kısıtlama	444	-0,465	0,628
Tıkınırcasına Yeme	444	-0,604	0,811
Beden Şekliyle İlgili Endişe	444	-0,206	0,843
Yemeyle İlgili Endişe	444	0,495	1,357
Kiloyla İlgili Endişe	444	-0,437	0,892
Yeme Bozukluğu Genel	444	-0,959	0,499

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir.

Katılanların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon ve regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir(Büyüköztürk ve diğerleri, 2018).



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

4.1. Katılanların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2. Katılanların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	342	77,0
Erkek	102	23,0
Yaş		
20-30	66	14,9
31-40	138	31,1
41-50	174	39,2
50 Üzeri	66	14,9
Medeni Durum		
Bekar	216	48,6
Evli	228	51,4
Öğrenim Durumu		
Lise	60	13,5
Lisans	198	44,6
Önlisans	36	8,1
Yüksek Lisans	120	27,0
Doktora	30	6,8
Aylık Gelir		
3000-5000 TL	156	35,1

5001-10000 TL	143	32,2
10000 TL Üzeri	145	32,7
Algılanan Gelir		
Gelirim Giderimden Az	162	36,5
Gelirim Giderime Eşit	180	40,5
Gelirim Giderimden Fazla	102	23,0
Aynı Evde Yaşayan Çocuk Varlığı		
Evet	246	55,4
Hayır	198	44,6
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		
Evet	114	25,7
Hayır	330	74,3
Sigara Kullanma Süresi		
5 Yıl Ve Altı	72	16,2
6-10 Yıl	48	10,8
11-15 Yıl	48	10,8
16-20 Yıl	108	24,3
21-25 Yıl	66	14,9
26-30 Yıl	66	14,9
30 Yıl Üzeri	36	8,1
Günlük Tüketilen Sigara Miktarı		
5 Ve Altı	30	6,8
6-10	132	29,7
11-15	78	17,6
16-20	138	31,1
20 Ve Üzeri	66	14,9
Sigaraya Başlama Yaşı		
15 Yaş Ve Altı	54	12,2

16-20	270	60,8
20 Üzeri	120	27,0
Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu		
Evet	330	74,3
Hayır	114	25,7
Evde Başka Sigara İçen Biri Varlığı		
Evet	222	50,0
Hayır	222	50,0
Pandemi Sürecinden Sigara Kullanım Değişimi		
Sigara Kullanımının Arttı	192	43,2
Sigara Kullanımının Azaldı	72	16,2
Sigara Kullanımının Değişmedi	180	40,5
Alkol Kullanımı		
Evet	228	51,4
Hayır	216	48,6

Katılanlar cinsiyete göre 342'si (%77,0) kadın, 102'si (%23,0) erkek olarak dağılmaktadır.

Katılanlar yaşa göre 66'sı (%14,9) 20-30, 138'i (%31,1) 31-40, 174'ü (%39,2) 41-50, 66'sı (%14,9) 50 üzeri olarak dağılmaktadır.

Katılanlar medeni duruma göre 216'sı (%48,6) bekar, 228'i (%51,4) evli olarak dağılmaktadır.

Katılanlar öğrenim durumuna göre 60'ı (%13,5) lise, 198'i (%44,6) lisans, 36'sı (%8,1) önlisans, 120'si (%27,0) yüksek lisans, 30'u (%6,8) doktora olarak dağılmaktadır.

Katılanlar aylık gelire göre 156'sı (%35,1) 3000-5000 TL, 143'ü (%32,2) 5001-10000 TL, 145'i (%32,7) 10000 TL üzeri olarak dağılmaktadır.

Katılanlar algılanan gelire göre 162'si (%36,5) gelirim giderimden az, 180'i (%40,5) gelirim giderime eşit, 102'si (%23,0) gelirim giderimden fazla olarak dağılmaktadır.

Katılanlar aynı evde yaşayan çocuk varlığına göre 246'sı (%55,4) evet, 198'i (%44,6) hayır olarak dağılmaktadır.

Katılanlar sürekli kullanılan ilaç varlığına göre 114'ü (%25,7) evet, 330'u (%74,3) hayır olarak dağılmaktadır.

Katılanlar sigara kullanma süresine göre 72'si (%16,2) 5 yıl ve altı, 48'i (%10,8) 6-10 yıl, 48'i (%10,8) 11-15 yıl, 108'i (%24,3) 16-20 yıl, 66'sı (%14,9) 21-25 yıl, 66'sı (%14,9) 26-30 yıl, 36'sı (%8,1) 30 yıl üzeri olarak dağılmaktadır.

Katılanlar günlük tüketilen sigara miktarına göre 30'u (%6,8) 5 ve altı, 132'si (%29,7) 6-10, 78'i (%17,6) 11-15, 138'i (%31,1) 16-20, 66'sı (%14,9) 20 ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Katılanlar sigaraya başlama yaşına göre 54'ü (%12,2) 15 yaş ve altı, 270'i (%60,8) 16-20, 120'si (%27,0) 20 üzeri olarak dağılmaktadır.

Katılanlar sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre 330'u (%74,3) evet, 114'ü (%25,7) hayır olarak dağılmaktadır.

Katılanlar evde başka sigara içen biri varlığına göre 222'si (%50,0) evet, 222'si (%50,0) hayır olarak dağılmaktadır.

Katılanlar pandemi sürecinden sigara kullanım değişimine göre 192'si (%43,2) sigara kullanımının arttı, 72'si (%16,2) sigara kullanımının azaldı, 180'i (%40,5) sigara kullanımının değişmedi olarak dağılmaktadır.

Katılanlar alkol kullanımına göre 228'i (%51,4) evet, 216'sı (%48,6) hayır olarak dağılmaktadır.

4.2. Nikotin Bağımlılığına Yönelik Bulgular

Katılanların nikotin bağımlılığına yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3. Nikotin Bağımlılığı Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Nikotin Bağımlılığı Toplam	444	4,437	2,896	0,000	10,000

Katılanların “nikotin bağımlılığı toplam” ortalaması $4,437 \pm 2,896$ (Min=0; Maks=10), olarak saptanmıştır.

4.3. Yeme Bozukluğuna Yönelik Bulgular

Katılanların yeme bozukluğuna yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4. Yeme Bozukluğu Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Kısıtlama	444	1,851	1,643	0,000	6,000
Tıkanırçasına Yeme	444	1,103	1,230	0,000	4,250
Beden Şekliyle İlgili Endişe	444	1,557	1,440	0,000	5,250
Yemeye İlgili Endişe	444	0,478	0,709	0,000	2,330
Kiloyla İlgili Endişe	444	1,635	1,741	0,000	5,750
Yeme Bozukluğu Genel	444	1,437	1,152	0,000	3,920

Katılanların “kısıtlama” ortalaması $1,851 \pm 1,643$ (Min=0; Maks=6), “Tıkanırçasına yeme” ortalaması $1,103 \pm 1,230$ (Min=0; Maks=4.25), “beden şekliyle ilgili endişe” ortalaması $1,557 \pm 1,440$ (Min=0; Maks=5.25), “yemeye ilgili endişe” ortalaması $0,478 \pm 0,709$ (Min=0; Maks=2.33), “kiloyla ilgili endişe” ortalaması $1,635 \pm 1,741$ (Min=0; Maks=5.75), “yeme bozukluğu genel” ortalaması $1,437 \pm 1,152$ (Min=0; Maks=3.92), olarak saptanmıştır.

4.4. Nikotin Bağımlılığı İle Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişkiler

Katılanların nikotin bağımlılığı ve yeme bozukluğuna düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 5. Nikotin Bağımlılığı ve Yeme Bozukluğu Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Nikotin Bağımlılığı Toplam	Kısıtlama	Tıkanırmasına Yeme	Beden Şekliyle İlgili Endişe	Yemeye İlgili Endişe	Kiloyla İlgili Endişe	Yeme Bozukluğu Genel
Nikotin Bağımlılığı Toplam	r	1,000						
	p	0,000						
Kısıtlama	r	0,408**	1,000					
	p	0,000	0,000					
Tıkanırmasına Yeme	r	0,236**	0,433**	1,000				
	p	0,000	0,000	0,000				
Beden Şekliyle İlgili Endişe	r	0,299**	0,710**	0,281**	1,000			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000			
Yemeye İlgili Endişe	r	0,324**	0,521**	0,472**	0,677**	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
Kiloyla İlgili Endişe	r	0,265**	0,556**	0,498**	0,561**	0,407**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Yeme Bozukluğu Genel	r	0,369**	0,839**	0,652**	0,771**	0,635**	0,846**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*<0,05; **<0,01; Korelasyon Analizi

Nikotin bağımlılığı toplam, kısıtlama, Tıkanırmasına yeme, beden şekliyle ilgili endişe, yemeye ilgili endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme bozukluğu genel, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; Kısıtlama ile nikotin bağımlılığı toplam arasında $r=0.408$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Tıkanırmasına yeme ile nikotin bağımlılığı toplam arasında $r=0.236$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Tıkanırmasına yeme ile kısıtlama arasında $r=0.433$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Beden şekliyle ilgili endişe ile nikotin bağımlılığı toplam arasında $r=0.299$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Beden şekliyle ilgili endişe ile kısıtlama arasında $r=0.71$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Beden şekliyle ilgili endişe ile Tıkanırmasına yeme arasında $r=0.281$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yemeye ilgili endişe ile nikotin bağımlılığı toplam arasında $r=0.324$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yemeye ilgili

endişe ile kısıtlama arasında $r=0.521$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yemeyle ilgili endişe ile Tıkanırçasına yeme arasında $r=0.472$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yemeyle ilgili endişe ile beden şekliyle ilgili endişe arasında $r=0.677$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Kiloyla ilgili endişe ile nikotin bağımlılığı toplam arasında $r=0.265$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Kiloyla ilgili endişe ile kısıtlama arasında $r=0.556$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Kiloyla ilgili endişe ile Tıkanırçasına yeme arasında $r=0.498$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Kiloyla ilgili endişe ile beden şekliyle ilgili endişe arasında $r=0.561$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Kiloyla ilgili endişe ile yemeyle ilgili endişe arasında $r=0.407$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yeme bozukluğu genel ile nikotin bağımlılığı toplam arasında $r=0.369$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yeme bozukluğu genel ile kısıtlama arasında $r=0.839$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yeme bozukluğu genel ile Tıkanırçasına yeme arasında $r=0.652$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yeme bozukluğu genel ile beden şekliyle ilgili endişe arasında $r=0.771$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yeme bozukluğu genel ile yemeyle ilgili endişe arasında $r=0.635$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Yeme bozukluğu genel ile kiloyla ilgili endişe arasında $r=0.846$ pozitif ($p=0,000<0.05$), korelasyon bulunmuştur.

Tablo 6. Nikotin Bağımlılığının Yeme Bozukluğu Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Yeme Bozukluğu Genel	Sabit	0,787	8,446	0,000	69,467	0,000	0,134
	Nikotin Bağımlılığı Toplam	0,147	8,335	0,000			
Kısıtlama	Sabit	0,824	6,318	0,000	88,247	0,000	0,165
	Nikotin Bağımlılığı Toplam	0,231	9,394	0,000			
Tıkanırçasına Yeme	Sabit	0,657	6,319	0,000	26,122	0,000	0,054
	Nikotin Bağımlılığı Toplam	0,100	5,111	0,000			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Sabit	0,897	7,503	0,000	43,451	0,000	0,087
	Nikotin Bağımlılığı Toplam	0,149	6,592	0,000			
Yemeyle İlgili Endişe	Sabit	0,126	2,157	0,032	51,687	0,000	0,103
	Nikotin Bağımlılığı Toplam	0,079	7,189	0,000			

Kiloyla İlgili Endişe	Sabit	0,928	6,354	0,000	33,435	0,000	0,068
	Nikotin Bağımlılığı Toplam	0,159	5,782	0,000			

Nikotin bağımlılığı toplam ile yeme bozukluğu genel arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=69,467$; $p=0,000<0.05$). Yeme bozukluğu genel düzeyindeki toplam değişim %13.4 oranında nikotin bağımlılığı toplam tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,134$). Nikotin bağımlılığı toplam yeme bozukluğu genel düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,147$).

Nikotin bağımlılığı toplam ile kısıtlama arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=88,247$; $p=0,000<0.05$). Kısıtlama düzeyindeki toplam değişim %16.5 oranında nikotin bağımlılığı toplam tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,165$). Nikotin bağımlılığı toplam kısıtlama düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,231$).

Nikotin bağımlılığı toplam ile Tıkanırcasına yeme arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=26,122$; $p=0,000<0.05$). Tıkanırcasına yeme düzeyindeki toplam değişim %5.4 oranında nikotin bağımlılığı toplam tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,054$). Nikotin bağımlılığı toplam Tıkanırcasına yeme düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,100$).

Nikotin bağımlılığı toplam ile beden şekliyle ilgili endişe arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=43,451$; $p=0,000<0.05$). Beden şekliyle ilgili endişe düzeyindeki toplam değişim %8.7 oranında nikotin bağımlılığı toplam tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,087$). Nikotin bağımlılığı toplam beden şekliyle ilgili endişe düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,149$).

Nikotin bağımlılığı toplam ile yemeye ilgili endişe arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=51,687$; $p=0,000<0.05$). Yemeye ilgili endişe düzeyindeki toplam değişim %10.3 oranında nikotin bağımlılığı toplam tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,103$). Nikotin bağımlılığı toplam yemeye ilgili endişe düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,079$).

Nikotin bağımlılığı toplam ile kiloyla ilgili endişe arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=33,435$; $p=0,000<0.05$). Kiloyla ilgili endişe düzeyindeki toplam değişim %6.8 oranında nikotin

bağımlılığı toplam tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,068$). Nikotin bağımlılığı toplam kiloyla ilgili endişe düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,159$).

4.5. Nikotin Bağımlılığının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşması

Tablo 7. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Kadın	342	4,760	2,976	4,396	442	0,000
	Erkek	102	3,353	2,311			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların cinsiyete göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(442)}=4.396$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,042$). Kadınların nikotin bağımlılığı toplam puanları ($\bar{x}=4,760$), erkeklerin nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,353$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Nikotin Bağımlılığı Toplam	20-30	66	3,349	2,297	6,929	0,000	2>1
	31-40	138	5,217	2,638			3>1
	41-50	174	4,287	3,127			2>3
	50 Üzeri	66	4,288	2,934			2>4

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların yaşa göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(3, 440)}=6,929$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,045$). Farkın nedeni; 31-40 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,217$), yaşı 20-30 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,349$) yüksek olmasıdır. Yaşı 41-50 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=4,287$), yaşı 20-30 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,349$) yüksek olmasıdır. 31-40 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,217$), yaşı 41-50 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=4,287$) yüksek olmasıdır. 31-40 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,217$), yaşı 50 üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=4,288$) yüksek olmasıdır.

Tablo 9. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Bekar	216	4,222	2,816	-1,523	442	0,129
	Evli	228	4,640	2,961			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların nikotin bağımlılığı toplam puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 10. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Lise	60	2,550	2,375	23,297	0,000	2>1
	Lisans	198	4,404	2,588			4>1
	Önlisans	36	3,389	2,271			4>2
	Yüksek Lisans	120	6,108	2,869			2>3
	Doktora	30	3,000	2,948			4>3
						2>5	
						4>5	

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların öğrenim durumuna göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=23,297$; $p=0,000<0,05$; $\eta^2=0,175$). Farkın nedeni; öğrenim durumu lisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=4,404$), öğrenim durumu lise olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=2,550$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=6,108$), öğrenim durumu lise olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=2,550$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=6,108$), öğrenim durumu lisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=4,404$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=4,404$), öğrenim durumu önlisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,389$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=6,108$), öğrenim durumu önlisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından

($\bar{x}=3,389$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=4,404$), öğrenim durumu doktora olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,000$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=6,108$), öğrenim durumu doktora olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,000$) yüksek olmasıdır.

Tablo 11. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Aylık Gelire Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Nikotin Bağımlılığı Toplam	3000-5000 TL	156	4,263	2,878	4,813	0,009	2>1 2>3
	5001-10000 TL	143	5,035	2,819			
	10000 TL Üzeri	145	4,035	2,914			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların aylık gelire göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=4,813$; $p=0,009<0.05$; $\eta^2=0,021$). Farkın nedeni; aylık gelir 5001-10000 TL olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,035$), aylık gelir 3000-5000 TL olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=4,263$) yüksek olmasıdır. Aylık gelir 5001-10000 TL olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,035$), aylık gelir 10000 TL üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=4,035$) yüksek olmasıdır.

Tablo 12. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Algılanan Gelire Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Gelirim Giderimden Az	162	4,043	2,496	2,809	0,061
	Gelirim Giderime Eşit	180	4,783	3,097		
	Gelirim Giderimden Fazla	102	4,451	3,066		

Katılanların nikotin bağımlılığı toplam puanları algılanan gelire göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 13. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Aynı Evde Yaşayan Çocuk Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Evet	246	4,191	2,917	-2,001	442	0,046
	Hayır	198	4,742	2,848			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların aynı evde yaşayan çocuk varlığına göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-2.001$; $p=0.046<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,009$). Aynı evde çocuk yaşamayanların nikotin bağımlılığı toplam puanları ($\bar{x}=4,742$), aynı evde çocuk yaşayanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=4,191$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sürekli Kullanılan İlaç Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Evet	114	3,754	3,203	-2,944	442	0,007
	Hayır	330	4,673	2,748			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların sürekli kullanılan ilaç varlığına göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-2.944$; $p=0.007<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,019$). Sürekli ilaç kullanmayanların nikotin bağımlılığı toplam puanları ($\bar{x}=4,673$), sürekli ilaç kullananların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,754$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sigara Kullanma Süresine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Nikotin Bağımlılığı Toplam	5 Yıl Ve Altı	72	5,264	3,049	7,576	0,000	1>2
	6-10 Yıl	48	3,792	2,202			4>2
	11-15 Yıl	48	4,250	3,145			6>2
	16-20 Yıl	108	5,222	2,853			4>3
	21-25 Yıl	66	3,455	3,240			1>5

	26-30 Yıl	66	4,894	1,799			4>5
							6>5
							1>7
							2>7
	30 Yıl Üzeri	36	2,500	2,667			3>7
							4>7
							6>7

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların sigara kullanma süresine göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(6, 437)}=7,576$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,094$). Farkın nedeni; sigara kullanma süresi 5 yıl ve altı olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,264$), sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,792$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,222$), sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,792$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=4,894$), sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,792$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,222$), sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=4,250$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 5 yıl ve altı olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,264$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,455$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,222$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,455$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=4,894$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,455$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 5 yıl ve altı olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,264$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=2,500$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=3,792$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=2,500$) yüksek

olmasıdır. Sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=4,250$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=2,500$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=5,222$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=2,500$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=4,894$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=2,500$) yüksek olmasıdır.

Tablo 16. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Günlük Tüketilen Sigara Miktarına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Nikotin Bağımlılığı Toplam	5 Ve Altı	30	7,200	2,759	53,239	0,000	1>3
	6-10	132	6,258	2,436			2>3
	11-15	78	3,308	2,103			1>4
	16-20	138	3,928	2,657			2>4
	20 Ve Üzeri	66	1,939	1,735			1>5
							2>5
							3>5
							4>5

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların günlük tüketilen sigara miktarına göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(4, 439)}=53,239$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,327$). Farkın nedeni; günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=7,200$), günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,308$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=6,258$), günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,308$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=7,200$), günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=3,928$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=6,258$), günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların nikotin bağımlılığı toplam

puanlarından ($\bar{x}=3,928$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=7,200$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=1,939$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=6,258$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=1,939$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=3,308$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=1,939$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=3,928$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=1,939$) yüksek olmasıdır.

Tablo 17. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sigaraya Başlama Yaşına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	15 Yaş Ve Altı	54	5,037	2,684	1,690	0,186
	16-20	270	4,270	2,809		
	20 Üzeri	120	4,542	3,151		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların nikotin bağımlılığı toplam puanları sigaraya başlama yaşına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 18. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Evet	330	4,339	2,834	-1,208	442	0,228
	Hayır	114	4,719	3,064			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların nikotin bağımlılığı toplam puanları sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 19. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Evde Başka Sigara İçen Biri Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Evet	222	4,865	3,004	3,145	442	0,002
	Hayır	222	4,009	2,724			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların evde başka sigara içen biri varlığına göre nikotin bağımlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=3.145$; $p=0.002<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,022$). Evde başka sigara içen biri olanların nikotin bağımlılığı toplam puanları ($\bar{x}=4,865$), evde başka sigara içen biri olmayanların nikotin bağımlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=4,009$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 20. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Pandemi Sürecinden Sigara Kullanım Değişimine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Sigara Kullanımının Arttı	192	4,323	2,830	0,265	0,768
	Sigara Kullanımının Azaldı	72	4,500	2,680		
	Sigara Kullanımının Değişmedi	180	4,533	3,055		

Katılanların nikotin bağımlılığı toplam puanları pandemi sürecinden sigara kullanım değişimine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 21. Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Alkol Kullanımına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Nikotin Bağımlılığı Toplam	Evet	228	4,281	2,685	-1,168	442	0,245
	Hayır	216	4,602	3,101			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların nikotin bağımlılığı toplam puanları alkol kullanımına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

4.6. Yeme Bozukluğunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşması

Tablo 22. Yeme Bozukluğu Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Kısıtlama	Kadın	342	2,140	1,616	7,162	442	0,000
	Erkek	102	0,882	1,337			
Tıkanırçasına Yeme	Kadın	342	1,322	1,238	7,263	442	0,000
	Erkek	102	0,368	0,871			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Kadın	342	1,737	1,442	4,931	442	0,000
	Erkek	102	0,956	1,267			
Yemeye İlgili Endişe	Kadın	342	0,556	0,756	4,333	442	0,000
	Erkek	102	0,216	0,429			
Kiloyla İlgili Endişe	Kadın	342	1,912	1,820	6,415	442	0,000
	Erkek	102	0,706	0,987			
Yeme Bozukluğu Genel	Kadın	342	1,678	1,136	8,734	442	0,000
	Erkek	102	0,629	0,778			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların cinsiyete göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=7.162$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,104$). Kadınların kısıtlama puanları ($\bar{x}=2,140$), erkeklerin kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=0,882$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların cinsiyete göre Tıkanırcasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=7.263$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,107$). Kadınların Tıkanırcasına yeme puanları ($\bar{x}=1,322$), erkeklerin Tıkanırcasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,368$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların cinsiyete göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=4.931$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,052$). Kadınların beden şekliyle ilgili endişe puanları ($\bar{x}=1,737$), erkeklerin beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,956$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların cinsiyete göre yemeye ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=4.333$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,041$). Kadınların yemeye ilgili endişe puanları ($\bar{x}=0,556$), erkeklerin yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,216$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların cinsiyete göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=6.415$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,085$). Kadınların kiloyla ilgili endişe puanları ($\bar{x}=1,912$), erkeklerin kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,706$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların cinsiyete göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=8.734$; $p=0.000<0.05$; $d=0,985$; $\eta^2=0,147$). Kadınların yeme bozukluğu genel puanları ($\bar{x}=1,678$), erkeklerin yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=0,629$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 23. Yeme Bozukluğu Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kısıtlama	20-30	66	1,691	1,749	7,204	0,000	2>1 2>3 2>4
	31-40	138	2,348	1,605			
	41-50	174	1,510	1,510			
	50 Üzeri	66	1,873	1,726			
Tıkanırcasına Yeme	20-30	66	1,273	1,558	2,697	0,045	1>3 4>3
	31-40	138	1,145	1,082			
	41-50	174	0,914	1,137			
	50 Üzeri	66	1,341	1,339			

Beden Şekliyle İlgili Endişe	20-30	66	1,409	1,426	12,778	0,000	2>1
	31-40	138	1,957	1,572			4>1
	41-50	174	1,112	1,179			2>3
	50 Üzeri	66	2,046	1,436			4>3
Yemeye İlgili Endişe	20-30	66	0,576	0,848	13,167	0,000	1>3
	31-40	138	0,623	0,772			2>3
	41-50	174	0,230	0,440			4>3
	50 Üzeri	66	0,727	0,808			
Kiloyla İlgili Endişe	20-30	66	1,409	1,756	6,957	0,000	4>1
	31-40	138	1,598	1,607			4>2
	41-50	174	1,422	1,567			4>3
	50 Üzeri	66	2,500	2,159			
Yeme Bozukluğu Genel	20-30	66	1,388	1,291	8,478	0,000	2>3
	31-40	138	1,708	1,183			4>3
	41-50	174	1,131	0,930			
	50 Üzeri	66	1,727	1,278			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların yaşa göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 440)}=7,204$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,047$). Farkın nedeni; 31-40 olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,348$), yaşı 20-30 olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,691$) yüksek olmasıdır. 31-40 olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,348$), yaşı 41-50 olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,510$) yüksek olmasıdır. 31-40 olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,348$), yaşı 50 üzeri olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,873$) yüksek olmasıdır.

Katılanların yaşa göre Tıkanırmasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 440)}=2,697$; $p=0,045<0.05$; $\eta^2=0,018$). Farkın nedeni; yaşı 20-30 olanların Tıkanırmasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,273$), yaşı 41-50 olanların Tıkanırmasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,914$) yüksek olmasıdır. Yaşı 50 üzeri olanların Tıkanırmasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,341$), yaşı 41-50 olanların Tıkanırmasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,914$) yüksek olmasıdır.

Katılanların yaşa göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 440)}=12,778$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,080$). Farkın nedeni; 31-40 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,957$), yaşı 20-30 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,409$) yüksek olmasıdır. Yaşı 50 üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,046$), yaşı 20-30 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,409$) yüksek olmasıdır. 31-40 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,957$), yaşı 41-50 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,112$) yüksek olmasıdır. Yaşı 50 üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,046$), yaşı 41-50 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,112$) yüksek olmasıdır.

Katılanların yaşa göre yemeye ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 440)}=13,167$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,082$). Farkın nedeni; yaşı 20-30 olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,576$), yaşı 41-50 olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,230$) yüksek olmasıdır. 31-40 olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,623$), yaşı 41-50 olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,230$) yüksek olmasıdır. Yaşı 50 üzeri olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,727$), yaşı 41-50 olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,230$) yüksek olmasıdır.

Katılanların yaşa göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 440)}=6,957$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,045$). Farkın nedeni; yaşı 50 üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,500$), yaşı 20-30 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,409$) yüksek olmasıdır. Yaşı 50 üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,500$), 31-40 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,598$) yüksek olmasıdır. Yaşı 50 üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,500$), yaşı 41-50 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,422$) yüksek olmasıdır.

Katılanların yaşa göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 440)}=8,478$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,055$). Farkın nedeni; 31-40 olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,708$), yaşı 41-50 olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,131$) yüksek olmasıdır. Yaşı 50 üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,727$), yaşı 41-50 olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,131$) yüksek olmasıdır.

Tablo 24. Yeme Bozukluğu Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Kısıtlama	Bekar	216	2,039	1,690	2,353	442	0,019
	Evli	228	1,674	1,581			
Tıkanırcasına Yeme	Bekar	216	1,204	1,243	1,691	442	0,092
	Evli	228	1,007	1,213			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Bekar	216	1,611	1,517	0,764	442	0,445
	Evli	228	1,507	1,366			
Yemeye İlgili Endişe	Bekar	216	0,500	0,693	0,651	442	0,515
	Evli	228	0,456	0,725			
Kiloyla İlgili Endişe	Bekar	216	1,569	1,723	-0,774	442	0,440
	Evli	228	1,697	1,760			
Yeme Bozukluğu Genel	Bekar	216	1,498	1,199	1,086	442	0,278
	Evli	228	1,380	1,105			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların medeni duruma göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=2.353$; $p=0.019<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,012$). Bekarların kısıtlama puanları ($\bar{x}=2,039$), evlilerin kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,674$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların Tıkanırcasına yeme, beden şekliyle ilgili endişe, yemeye ilgili endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme bozukluğu genel puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 25. Yeme Bozukluğu Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kısıtlama	Lise	60	1,720	2,037	13,980	0,000	4>1
	Lisans	198	1,412	1,408			4>2
	Önlisans	36	1,933	1,905			4>3
	Yüksek Lisans	120	2,720	1,546			4>5
	Doktora	30	1,440	0,686			
Tıkanırçasına Yeme	Lise	60	0,775	0,735	14,034	0,000	3>1
	Lisans	198	0,775	0,892			4>1
	Önlisans	36	1,792	1,854			3>2
	Yüksek Lisans	120	1,613	1,394			4>2
	Doktora	30	1,050	1,368			3>5
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Lise	60	1,300	1,244	3,414	0,009	4>5
	Lisans	198	1,447	1,419			4>1
	Önlisans	36	1,542	1,503			4>2
	Yüksek Lisans	120	1,950	1,484			4>5
	Doktora	30	1,250	1,465			
Yemeye İlgili Endişe	Lise	60	0,300	0,591	24,124	0,000	3>1
	Lisans	198	0,242	0,502			4>1
	Önlisans	36	1,167	1,082			3>2
	Yüksek Lisans	120	0,767	0,703			4>2
	Doktora	30	0,400	0,657			3>4
Kiloyla İlgili Endişe	Lise	60	1,500	1,825	16,961	0,000	3>5
	Lisans	198	1,432	1,491			4>5
	Önlisans	36	1,208	1,361			4>3
	Yüksek Lisans	120	2,538	1,971			1>5

	Doktora	30	0,150	0,203			2>5 3>5 4>5
Yeme Bozukluğu Genel	Lise	60	1,200	1,057	17,265	0,000	4>1
	Lisans	198	1,164	0,996			3>2
	Önlisans	36	1,603	1,423			4>2
	Yüksek Lisans	120	2,094	1,209			4>3
	Doktora	30	0,892	0,240			3>5 4>5

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların öğrenim durumuna göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(4, 439)}=13,980$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,113$). Farkın nedeni; öğrenim durumu yüksek lisans olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,720$), öğrenim durumu lise olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,720$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,720$), öğrenim durumu lisans olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,412$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,720$), öğrenim durumu önlisans olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,933$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,720$), öğrenim durumu doktora olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,440$) yüksek olmasıdır.

Katılanların öğrenim durumuna göre Tıkanırçasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(4, 439)}=14,034$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,113$). Farkın nedeni; öğrenim durumu önlisans olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,792$), öğrenim durumu lise olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,775$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,613$), öğrenim durumu lise olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,775$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,792$), öğrenim durumu lisans olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,775$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,613$), öğrenim durumu lisans olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,775$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,792$), öğrenim durumu doktora olanların

Tıkanırcasına yeme puanlarından ($\bar{x}=1,050$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların Tıkanırcasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,613$), öğrenim durumu doktora olanların Tıkanırcasına yeme puanlarından ($\bar{x}=1,050$) yüksek olmasıdır.

Katılanların öğrenim durumuna göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=3,414$; $p=0,009<0.05$; $\eta^2=0,030$). Farkın nedeni; öğrenim durumu yüksek lisans olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,950$), öğrenim durumu lise olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,300$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,950$), öğrenim durumu lisans olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,447$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,950$), öğrenim durumu doktora olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,250$) yüksek olmasıdır.

Katılanların öğrenim durumuna göre yemeye ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=24,124$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,180$). Farkın nedeni; öğrenim durumu önlisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,167$), öğrenim durumu lise olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,300$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,767$), öğrenim durumu lise olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,300$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,167$), öğrenim durumu lisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,242$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,767$), öğrenim durumu lisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,242$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,167$), öğrenim durumu yüksek lisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,767$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,167$), öğrenim durumu doktora olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,400$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,767$), öğrenim durumu doktora olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,400$) yüksek olmasıdır.

Katılanların öğrenim durumuna göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=16,961$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,134$). Farkın nedeni;

öğrenim durumu yüksek lisans olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,538$), öğrenim durumu lise olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,500$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,538$), öğrenim durumu lisans olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,432$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,538$), öğrenim durumu önlisans olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,208$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lise olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,500$), öğrenim durumu doktora olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,150$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,432$), öğrenim durumu doktora olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,150$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,208$), öğrenim durumu doktora olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,150$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,538$), öğrenim durumu doktora olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,150$) yüksek olmasıdır.

Katılanların öğrenim durumuna göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(4, 439)}=17,265$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,136$). Farkın nedeni; öğrenim durumu yüksek lisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=2,094$), öğrenim durumu lise olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,200$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,603$), öğrenim durumu lisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,164$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=2,094$), öğrenim durumu lisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,164$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=2,094$), öğrenim durumu önlisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,603$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,603$), öğrenim durumu doktora olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=0,892$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu yüksek lisans olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=2,094$), öğrenim durumu doktora olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=0,892$) yüksek olmasıdır.

Tablo 26. Yeme Bozukluğu Puanlarının Aylık Gelire Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kısıtlama	3000-5000 TL	156	1,769	1,795	5,129	0,006	2>1
	5001-10000 TL	143	2,196	1,408			2>3
	10000 TL Üzeri	145	1,600	1,640			
Tıkanırçasına Yeme	3000-5000 TL	156	1,359	1,324	6,168	0,002	1>2
	5001-10000 TL	143	1,056	1,125			1>3
	10000 TL Üzeri	145	0,872	1,182			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	3000-5000 TL	156	1,683	1,586	20,092	0,000	2>1
	5001-10000 TL	143	1,997	1,436			1>3
	10000 TL Üzeri	145	0,990	1,054			2>3
Yemeye İlgili Endişe	3000-5000 TL	156	0,551	0,787	8,316	0,000	1>3
	5001-10000 TL	143	0,592	0,722			2>3
	10000 TL Üzeri	145	0,285	0,557			
Kiloyla İlgili Endişe	3000-5000 TL	156	1,779	1,881	2,074	0,127	
	5001-10000 TL	143	1,720	1,654			
	10000 TL Üzeri	145	1,397	1,653			
Yeme Bozukluğu Genel	3000-5000 TL	156	1,520	1,240	6,362	0,002	1>3
	5001-10000 TL	143	1,621	1,058			2>3
	10000 TL Üzeri	145	1,167	1,100			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların aylık gelire göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=5,129$; $p=0,006<0.05$; $\eta^2=0,023$). Farkın nedeni; aylık gelir 5001-10000 TL olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,196$), aylık gelir 3000-5000 TL olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,769$) yüksek olmasıdır. Aylık gelir 5001-10000 TL olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,196$), aylık gelir 10000 TL üzeri olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,600$) yüksek olmasıdır.

Katılanların aylık gelire göre Tıkanırçasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=6,168$; $p=0,002<0.05$; $\eta^2=0,027$). Farkın nedeni; aylık gelir 3000-5000 TL olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,359$), aylık gelir 5001-10000 TL olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=1,056$) yüksek olmasıdır. Aylık gelir 3000-5000 TL olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,359$), aylık

gelir 10000 TL üzeri olanların Tıkanırcasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,872$) yüksek olmasıdır.

Katılanların aylık gelire göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=20,092$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,084$). Farkın nedeni; aylık gelir 5001-10000 TL olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,997$), aylık gelir 3000-5000 TL olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,683$) yüksek olmasıdır. Aylık gelir 3000-5000 TL olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,683$), aylık gelir 10000 TL üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,990$) yüksek olmasıdır. Aylık gelir 5001-10000 TL olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,997$), aylık gelir 10000 TL üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,990$) yüksek olmasıdır.

Katılanların aylık gelire göre yemeye ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=8,316$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,036$). Farkın nedeni; aylık gelir 3000-5000 TL olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,551$), aylık gelir 10000 TL üzeri olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,285$) yüksek olmasıdır. Aylık gelir 5001-10000 TL olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,592$), aylık gelir 10000 TL üzeri olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,285$) yüksek olmasıdır.

Katılanların aylık gelire göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=6,362$; $p=0,002<0.05$; $\eta^2=0,028$). Farkın nedeni; aylık gelir 3000-5000 TL olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,520$), aylık gelir 10000 TL üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,167$) yüksek olmasıdır. Aylık gelir 5001-10000 TL olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,621$), aylık gelir 10000 TL üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,167$) yüksek olmasıdır.

Katılanların kiloyla ilgili endişe puanları aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 27. Yeme Bozukluğu Puanlarının Algılanan Gelire Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kısıtlama	Gelirim Giderimden Az	162	2,274	1,941	9,978	0,000	1>2 1>3
	Gelirim Giderime Eşit	180	1,720	1,381			
	Gelirim Giderimden Fazla	102	1,412	1,392			
Tıkanırcasına Yeme	Gelirim Giderimden Az	162	1,185	1,326	8,410	0,000	1>3 2>3
	Gelirim Giderime Eşit	180	1,269	1,237			
	Gelirim Giderimden Fazla	102	0,677	0,939			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Gelirim Giderimden Az	162	2,120	1,633	21,630	0,000	1>2 1>3
	Gelirim Giderime Eşit	180	1,183	1,267			
	Gelirim Giderimden Fazla	102	1,324	1,093			
Yemeye İlgili Endişe	Gelirim Giderimden Az	162	0,642	0,756	9,049	0,000	1>2 1>3 2>3
	Gelirim Giderime Eşit	180	0,444	0,754			
	Gelirim Giderimden Fazla	102	0,275	0,448			
Kiloyla İlgili Endişe	Gelirim Giderimden Az	162	2,259	1,906	18,453	0,000	1>2 1>3
	Gelirim Giderime Eşit	180	1,183	1,534			
	Gelirim Giderimden Fazla	102	1,441	1,519			
Yeme Bozukluğu Genel	Gelirim Giderimden Az	162	1,842	1,313	17,132	0,000	1>2 1>3
	Gelirim Giderime Eşit	180	1,240	0,990			
	Gelirim Giderimden Fazla	102	1,143	0,958			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların algılanan gelire göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=9,978$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,043$). Farkın nedeni; geliri giderinden az olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,274$), geliri giderine eşit olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,720$) yüksek olmasıdır. Geliri giderinden az olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,274$), geliri giderinden fazla olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,412$) yüksek olmasıdır.

Katılanların algılanan gelire göre Tıkanırcasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=8,410$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,037$). Farkın nedeni; geliri

giderinden az olanların Tıkanırcasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,185$), geliri giderinden fazla olanların Tıkanırcasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,677$) yüksek olmasıdır. Geliri giderine eşit olanların Tıkanırcasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,269$), geliri giderinden fazla olanların Tıkanırcasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,677$) yüksek olmasıdır.

Katılanların algılanan gelire göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=21,630$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,089$). Farkın nedeni; geliri giderinden az olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,120$), geliri giderine eşit olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,183$) yüksek olmasıdır. Geliri giderinden az olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,120$), geliri giderinden fazla olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,324$) yüksek olmasıdır.

Katılanların algılanan gelire göre yemeye ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=9,049$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,039$). Farkın nedeni; geliri giderinden az olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,642$), geliri giderine eşit olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,444$) yüksek olmasıdır. Geliri giderinden az olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,642$), geliri giderinden fazla olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,275$) yüksek olmasıdır. Geliri giderine eşit olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,444$), geliri giderinden fazla olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,275$) yüksek olmasıdır.

Katılanların algılanan gelire göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=18,453$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,077$). Farkın nedeni; geliri giderinden az olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,259$), geliri giderine eşit olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,183$) yüksek olmasıdır. Geliri giderinden az olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,259$), geliri giderinden fazla olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,441$) yüksek olmasıdır.

Katılanların algılanan gelire göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=17,132$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,072$). Farkın nedeni; geliri giderinden az olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,842$), geliri giderine eşit olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,240$) yüksek olmasıdır. Geliri giderinden az olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,842$), geliri giderinden fazla olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,143$) yüksek olmasıdır.

Tablo 28. Yeme Bozukluğu Puanlarının Aynı Evde Yaşayan Çocuk Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Kısıtlama	Evet	246	1,737	1,495	-1,644	442	0,108
	Hayır	198	1,994	1,804			
Tıkanırçasına Yeme	Evet	246	0,994	1,204	-2,080	442	0,038
	Hayır	198	1,237	1,252			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Evet	246	1,592	1,343	0,554	442	0,586
	Hayır	198	1,515	1,556			
Yemeyle İlgili Endişe	Evet	246	0,480	0,700	0,073	442	0,942
	Hayır	198	0,475	0,722			
Kiloyla İlgili Endişe	Evet	246	1,750	1,862	1,552	442	0,115
	Hayır	198	1,492	1,571			
Yeme Bozukluğu Genel	Evet	246	1,426	1,081	-0,233	442	0,818
	Hayır	198	1,452	1,237			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların aynı evde yaşayan çocuk varlığına göre Tıkanırçasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(442)}=-2.080$; $p=0.038<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,010$). Aynı evde çocuk yaşamayanların Tıkanırçasına yeme puanları ($\bar{x}=1,237$), aynı evde çocuk yaşayanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,994$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların kısıtlama, beden şekliyle ilgili endişe, yemeyle ilgili endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme bozukluğu genel puanları aynı evde yaşayan çocuk varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 29. Yeme Bozukluğu Puanlarının Sürekli Kullanılan İlaç Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Kısıtlama	Evet	114	1,674	1,843	-1,341	442	0,217
	Hayır	330	1,913	1,566			
Tıkanırçasına Yeme	Evet	114	0,618	1,103	-5,003	442	0,000

	Hayır	330	1,270	1,229			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Evet	114	1,171	1,278	-3,360	442	0,001
	Hayır	330	1,691	1,471			
Yemeyle İlgili Endişe	Evet	114	0,316	0,548	-2,846	442	0,001
	Hayır	330	0,533	0,749			
Kiloyla İlgili Endişe	Evet	114	1,447	1,885	-1,337	442	0,182
	Hayır	330	1,700	1,686			
Yeme Bozukluğu Genel	Evet	114	1,180	1,211	-2,785	442	0,006
	Hayır	330	1,526	1,119			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların sürekli kullanılan ilaç varlığına göre Tıkanırçasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-5.003$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,054$). Sürekli ilaç kullanmayanların Tıkanırçasına yeme puanları ($\bar{x}=1,270$), sürekli ilaç kullananların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,618$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların sürekli kullanılan ilaç varlığına göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-3.360$; $p=0.001<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,025$). Sürekli ilaç kullanmayanların beden şekliyle ilgili endişe puanları ($\bar{x}=1,691$), sürekli ilaç kullananların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,171$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların sürekli kullanılan ilaç varlığına göre yemeyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-2.846$; $p=0.001<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,018$). Sürekli ilaç kullanmayanların yemeyle ilgili endişe puanları ($\bar{x}=0,533$), sürekli ilaç kullananların yemeyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,316$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların sürekli kullanılan ilaç varlığına göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-2.785$; $p=0.006<0.05$; $d=0,303$; $\eta^2=0,017$). Sürekli ilaç kullanmayanların yeme bozukluğu genel puanları ($\bar{x}=1,526$), sürekli ilaç kullananların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,180$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların kısıtlama, kiloyla ilgili endişe puanları sürekli kullanılan ilaç varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 30. Yeme Bozukluğu Puanlarının Sigara Kullanma Süresine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kısıtlama	5 Yıl Ve Altı	72	1,650	1,274	6,410	0,000	2>1
	6-10 Yıl	48	2,475	1,575			4>1
	11-15 Yıl	48	2,000	1,944			2>5
	16-20 Yıl	108	2,389	1,546			4>5
	21-25 Yıl	66	1,546	1,506			2>6
	26-30 Yıl	66	1,327	1,545			3>6
	30 Yıl Üzeri	36	1,133	1,937			4>6
Tıkanırçasına Yeme	5 Yıl Ve Altı	72	1,063	1,204	4,007	0,001	2>3
	6-10 Yıl	48	1,125	1,361			4>3
	11-15 Yıl	48	0,635	0,827			6>3
	16-20 Yıl	108	1,403	1,176			4>5
	21-25 Yıl	66	0,773	1,309			6>5
	26-30 Yıl	66	1,409	1,153			4>7
	30 Yıl Üzeri	36	0,917	1,394			6>7
Beden Şekliyle İlgili Endişe	5 Yıl Ve Altı	72	1,667	1,623	2,128	0,049	2>3
	6-10 Yıl	48	2,000	1,557			2>6
	11-15 Yıl	48	1,313	1,684			1>7
	16-20 Yıl	108	1,611	1,191			2>7
	21-25 Yıl	66	1,636	1,498			4>7
	26-30 Yıl	66	1,432	1,401			5>7
	30 Yıl Üzeri	36	1,000	0,982			
Yemeye İlgili Endişe	5 Yıl Ve Altı	72	0,611	0,897	2,029	0,061	
	6-10 Yıl	48	0,625	0,703			
	11-15 Yıl	48	0,417	0,749			
	16-20 Yıl	108	0,463	0,652			
	21-25 Yıl	66	0,364	0,525			
	26-30 Yıl	66	0,546	0,762			

	30 Yıl Üzeri	36	0,222	0,504			
Kiloyla İlgili Endişe	5 Yıl Ve Altı	72	1,542	1,588	2,263	0,037	7>1
	6-10 Yıl	48	2,063	1,708			2>3
	11-15 Yıl	48	1,156	1,588			7>3
	16-20 Yıl	108	1,653	1,617			7>4
	21-25 Yıl	66	1,523	1,773			7>5
	26-30 Yıl	66	1,477	1,703			7>6
	30 Yıl Üzeri	36	2,333	2,359			
Yeme Bozukluğu Genel	5 Yıl Ve Altı	72	1,375	1,048	3,112	0,005	2>1
	6-10 Yıl	48	1,851	1,200			2>3
	11-15 Yıl	48	1,213	1,122			4>3
	16-20 Yıl	108	1,688	1,119			2>5
	21-25 Yıl	66	1,304	1,013			4>5
	26-30 Yıl	66	1,234	1,189			2>6
	30 Yıl Üzeri	36	1,173	1,379			4>6
						2>7	
						4>7	

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların sigara kullanma süresine göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(6, 437)}=6,410$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,081$). Farkın nedeni; sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,475$), sigara kullanma süresi 5 yıl ve altı olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,650$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,389$), sigara kullanma süresi 5 yıl ve altı olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,650$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,475$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,546$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,389$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,546$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,475$), sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,327$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,000$), sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,327$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,389$), sigara kullanma

süresi 26-30 yıl olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,327$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,475$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,133$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,000$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,133$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,389$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,133$) yüksek olmasıdır.

Katılanların sigara kullanma süresine göre Tıkanırçasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(6, 437)}=4,007$; $p=0,001<0.05$; $\eta^2=0,052$). Farkın nedeni; sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,125$), sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,635$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,403$), sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,635$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,409$), sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,635$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,403$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,773$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,409$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,773$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,403$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,917$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,409$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,917$) yüksek olmasıdır.

Katılanların sigara kullanma süresine göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(6, 437)}=2,128$; $p=0,049<0.05$; $\eta^2=0,028$). Farkın nedeni; sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,000$), sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,313$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,000$), sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,432$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 5 yıl ve altı olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,667$),

sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,000$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,000$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,000$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,611$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,000$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,636$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,000$) yüksek olmasıdır.

Katılanların sigara kullanma süresine göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(6, 437)}=2,263$; $p=0,037<0.05$; $\eta^2=0,030$). Farkın nedeni; sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,333$), sigara kullanma süresi 5 yıl ve altı olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,542$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,063$), sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,156$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,333$), sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,156$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,333$), sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,653$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,333$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,523$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,333$), sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,477$) yüksek olmasıdır.

Katılanların sigara kullanma süresine göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(6, 437)}=3,112$; $p=0,005<0.05$; $\eta^2=0,041$). Farkın nedeni; sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,851$), sigara kullanma süresi 5 yıl ve altı olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,375$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,851$), sigara kullanma süresi 11-15 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,213$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,688$), sigara kullanma

süresi 11-15 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,213$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,851$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,304$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,688$), sigara kullanma süresi 21-25 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,304$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,851$), sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,234$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,688$), sigara kullanma süresi 26-30 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,234$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 6-10 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,851$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,173$) yüksek olmasıdır. Sigara kullanma süresi 16-20 yıl olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,688$), sigara kullanma süresi 30 yıl üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,173$) yüksek olmasıdır.

Katılanların yemeye ilgili endişe puanları sigara kullanma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 31. Yeme Bozukluğu Puanlarının Günlük Tüketilen Sigara Miktarına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kısıtlama	5 Ve Altı	30	1,880	1,111	4,070	0,003	
	6-10	132	1,982	1,316			4>3
	11-15	78	1,554	1,086			2>5
	16-20	138	2,157	2,020			4>5
	20 Ve Üzeri	66	1,291	1,922			
Tıkanırçasına Yeme	5 Ve Altı	30	1,850	1,389	5,596	0,000	1>2
	6-10	132	1,015	1,109			1>3
	11-15	78	1,231	1,358			1>4
	16-20	138	1,163	1,121			1>5
	20 Ve Üzeri	66	0,659	1,281			3>5
Beden Şekliyle İlgili Endişe	5 Ve Altı	30	1,950	1,742	7,849	0,000	4>5
	6-10	132	1,296	1,359			1>2
	11-15	78	1,865	1,293			3>2
	16-20	138	1,859	1,429			4>2
	20 Ve Üzeri	66	0,909	1,356			1>5
Yemeyle İlgili Endişe	5 Ve Altı	30	1,333	0,884	16,817	0,000	3>5
	6-10	132	0,318	0,642			1>2
	11-15	78	0,615	0,766			3>2
	16-20	138	0,464	0,606			1>3
	20 Ve Üzeri	66	0,273	0,570			1>4
Kiloyla İlgili Endişe	5 Ve Altı	30	2,750	1,600	13,177	0,000	1>5
	6-10	132	1,261	1,484			3>5
	11-15	78	1,827	1,810			4>2
	16-20	138	2,087	1,900			1>3

	20 Ve Üzeri	66	0,705	1,171			1>4 1>5 2>5 3>5 4>5
Yeme Bozukluğu Genel	5 Ve Altı	30	2,069	0,837	8,444	0,000	1>2
	6-10	132	1,338	1,078			4>2
	11-15	78	1,550	0,910			1>3
	16-20	138	1,615	1,273			1>4
	20 Ve Üzeri	66	0,843	1,162			1>5 2>5 3>5 4>5

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların günlük tüketilen sigara miktarına göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=4,070$; $p=0,003<0.05$; $\eta^2=0,036$). Farkın nedeni; günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,157$), günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,554$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=1,982$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,291$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,157$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,291$) yüksek olmasıdır.

Katılanların günlük tüketilen sigara miktarına göre Tıkanırçasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=5,596$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,049$). Farkın nedeni; günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,850$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=1,015$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,850$), günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=1,231$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,850$), günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından

($\bar{x}=1,163$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,850$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,659$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,231$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,659$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların Tıkanırçasına yeme puanlarının ($\bar{x}=1,163$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,659$) yüksek olmasıdır.

Katılanların günlük tüketilen sigara miktarına göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=7,849$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,067$). Farkın nedeni; günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,950$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,296$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,865$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,296$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,859$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,296$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,950$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,909$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,865$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,909$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,859$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,909$) yüksek olmasıdır.

Katılanların günlük tüketilen sigara miktarına göre yemeye ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=16,817$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,133$). Farkın nedeni; günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,333$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,318$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların yemeye ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,615$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların yemeye ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,318$) yüksek olmasıdır. Günlük

tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların yemeyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,333$), günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların yemeyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,615$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların yemeyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,333$), günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların yemeyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,464$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların yemeyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,333$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların yemeyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,273$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların yemeyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,615$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların yemeyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,273$) yüksek olmasıdır.

Katılanların günlük tüketilen sigara miktarına göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=13,177$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,107$). Farkın nedeni; günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,750$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,261$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,827$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,261$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,087$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,261$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,750$), günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,827$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,750$), günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=2,087$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,750$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,705$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,261$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,705$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,827$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,705$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20

olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,087$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,705$) yüksek olmasıdır.

Katılanların günlük tüketilen sigara miktarına göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 439)}=8,444$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,071$). Farkın nedeni; günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=2,069$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,338$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,615$), günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,338$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=2,069$), günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,550$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=2,069$), günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,615$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 5 ve altı olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=2,069$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=0,843$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 6-10 olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,338$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=0,843$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 11-15 olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,550$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=0,843$) yüksek olmasıdır. Günlük tüketilen sigara miktarı 16-20 olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,615$), günlük tüketilen sigara miktarı 20 ve üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=0,843$) yüksek olmasıdır.

Tablo 32. Yeme Bozukluğu Puanlarının Sigaraya Başlama Yaşına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kısıtlama	15 Yaş Ve Altı	54	2,622	2,006	10,608	0,000	1>2
	16-20	270	1,600	1,554			3>2
	20 Üzeri	120	2,070	1,527			1>3

Tıkanırçasına Yeme	15 Yaş Ve Altı	54	1,111	1,467	0,151	0,859	
	16-20	270	1,124	1,240			
	20 Üzeri	120	1,050	1,093			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	15 Yaş Ve Altı	54	2,028	1,488	3,700	0,025	1>2
	16-20	270	1,450	1,395			
	20 Üzeri	120	1,588	1,488			
Yemeyle İlgili Endişe	15 Yaş Ve Altı	54	0,741	0,988	7,970	0,000	1>2 3>2
	16-20	270	0,378	0,587			
	20 Üzeri	120	0,583	0,770			
Kiloyla İlgili Endişe	15 Yaş Ve Altı	54	2,528	1,909	12,473	0,000	1>2 3>2 1>3
	16-20	270	1,350	1,660			
	20 Üzeri	120	1,875	1,681			
Yeme Bozukluğu Genel	15 Yaş Ve Altı	54	1,953	1,297	8,617	0,000	1>2 3>2 1>3
	16-20	270	1,285	1,125			
	20 Üzeri	120	1,548	1,069			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların sigaraya başlama yaşına göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=10,608$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,046$). Farkın nedeni; sigaraya başlama yaşı 15 yaş ve altı olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,622$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,600$) yüksek olmasıdır. Sigaraya başlama yaşı 20 üzeri olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,070$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,600$) yüksek olmasıdır. Sigaraya başlama yaşı 15 yaş ve altı olanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,622$), sigaraya başlama yaşı 20 üzeri olanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=2,070$) yüksek olmasıdır.

Katılanların sigaraya başlama yaşına göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=3,700$; $p=0,025<0.05$; $\eta^2=0,017$). Farkın nedeni; sigaraya başlama yaşı 15 yaş ve altı olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,028$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,450$) yüksek olmasıdır.

Katılanların sigaraya başlama yaşına göre yemeyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=7,970$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,035$). Farkın nedeni; sigaraya başlama yaşı 15 yaş ve altı olanların yemeyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,741$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların yemeyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,378$) yüksek olmasıdır. Sigaraya başlama yaşı 20 üzeri olanların yemeyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=0,583$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların yemeyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=0,378$) yüksek olmasıdır.

Katılanların sigaraya başlama yaşına göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=12,473$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,054$). Farkın nedeni; sigaraya başlama yaşı 15 yaş ve altı olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,528$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,350$) yüksek olmasıdır. Sigaraya başlama yaşı 20 üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,875$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,350$) yüksek olmasıdır. Sigaraya başlama yaşı 15 yaş ve altı olanların kiloyla ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=2,528$), sigaraya başlama yaşı 20 üzeri olanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,875$) yüksek olmasıdır.

Katılanların sigaraya başlama yaşına göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=8,617$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,038$). Farkın nedeni; sigaraya başlama yaşı 15 yaş ve altı olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,953$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,285$) yüksek olmasıdır. Sigaraya başlama yaşı 20 üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,548$), sigaraya başlama yaşı 16-20 olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,285$) yüksek olmasıdır. Sigaraya başlama yaşı 15 yaş ve altı olanların yeme bozukluğu genel puanlarının ($\bar{x}=1,953$), sigaraya başlama yaşı 20 üzeri olanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,548$) yüksek olmasıdır.

Katılanların Tıkanırçasına yeme puanları sigaraya başlama yaşına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 33. Yeme Bozukluğu Puanlarının Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Kısıtlama	Evet	330	1,691	1,607	-3,547	442	0,000
	Hayır	114	2,316	1,665			
Tıkanırçasına Yeme	Evet	330	1,024	1,207	-2,290	442	0,022
	Hayır	114	1,329	1,275			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Evet	330	1,409	1,410	-3,746	442	0,000
	Hayır	114	1,987	1,447			
Yemeyle İlgili Endişe	Evet	330	0,479	0,731	0,066	442	0,944
	Hayır	114	0,474	0,646			
Kiloyla İlgili Endişe	Evet	330	1,391	1,622	-5,174	442	0,000
	Hayır	114	2,342	1,881			
Yeme Bozukluğu Genel	Evet	330	1,309	1,093	-4,051	442	0,000
	Hayır	114	1,808	1,240			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-3.547$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,028$). Sigarayı bırakmayı denemeyenlerin kısıtlama puanları ($\bar{x}=2,316$), sigarayı bırakmayı deneyenlerin kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,691$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre Tıkanırçasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-2.290$; $p=0.022<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,012$). Sigarayı bırakmayı denemeyenlerin Tıkanırçasına yeme puanları ($\bar{x}=1,329$), sigarayı bırakmayı deneyenlerin Tıkanırçasına yeme puanlarından ($\bar{x}=1,024$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-3.746$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,031$). Sigarayı bırakmayı denemeyenlerin beden şekliyle ilgili endişe puanları ($\bar{x}=1,987$), sigarayı bırakmayı deneyenlerin beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,409$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-5.174$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,057$). Sigarayı bırakmayı denemeyenlerin kiloyla ilgili endişe puanları ($\bar{x}=2,342$), sigarayı bırakmayı deneyenlerin kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,391$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-4.051$; $p=0.000<0.05$; $d=0,440$; $\eta^2=0,036$). Sigarayı bırakmayı denemeyenlerin yeme bozukluğu genel puanları ($\bar{x}=1,808$), sigarayı bırakmayı deneyenlerin yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,309$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların yemeye ilgili endişe puanları sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 34. Yeme Bozukluğu Puanlarının Evde Başka Sigara İçen Biri Varlığına Göre Farklaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Kısıtlama	Evet	222	2,222	1,691	4,869	442	0,000
	Hayır	222	1,481	1,509			
Tıkanırçasına Yeme	Evet	222	1,223	1,314	2,071	442	0,039
	Hayır	222	0,982	1,131			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Evet	222	1,649	1,473	1,336	442	0,182
	Hayır	222	1,466	1,404			
Yemeye İlgili Endişe	Evet	222	0,469	0,722	-0,267	442	0,789
	Hayır	222	0,487	0,697			
Kiloyla İlgili Endişe	Evet	222	1,811	1,858	2,135	442	0,033
	Hayır	222	1,460	1,600			
Yeme Bozukluğu Genel	Evet	222	1,634	1,218	3,649	442	0,000
	Hayır	222	1,241	1,048			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların evde başka sigara içen biri varlığına göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=4.869$; $p=0.000<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,051$). Evde başka

sigara içen biri olanların kısıtlama puanları ($\bar{x}=2,222$), evde başka sigara içen biri olmayanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,481$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların evde başka sigara içen biri varlığına göre Tıkanırcasına yeme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=2.071$; $p=0.039<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,010$). Evde başka sigara içen biri olanların Tıkanırcasına yeme puanları ($\bar{x}=1,223$), evde başka sigara içen biri olmayanların Tıkanırcasına yeme puanlarından ($\bar{x}=0,982$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların evde başka sigara içen biri varlığına göre kiloyla ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=2.135$; $p=0.033<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,010$). Evde başka sigara içen biri olanların kiloyla ilgili endişe puanları ($\bar{x}=1,811$), evde başka sigara içen biri olmayanların kiloyla ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,460$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların evde başka sigara içen biri varlığına göre yeme bozukluğu genel puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=3.649$; $p=0.000<0.05$; $d=0,346$; $\eta^2=0,029$). Evde başka sigara içen biri olanların yeme bozukluğu genel puanları ($\bar{x}=1,634$), evde başka sigara içen biri olmayanların yeme bozukluğu genel puanlarından ($\bar{x}=1,241$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların beden şekliyle ilgili endişe, yemeyle ilgili endişe puanları evde başka sigara içen biri varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 35. Yeme Bozukluğu Puanlarının Pandemi Sürecinden Sigara Kullanım Değişimine Göre Farklaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kısıtlama	Sigara Kullanımının Arttı	192	1,875	1,673	7,754	0,000	1>2 3>2
	Sigara Kullanımının Azaldı	72	1,200	1,471			
	Sigara Kullanımının Değişmedi	180	2,087	1,615			
Tıkanırçasına Yeme	Sigara Kullanımının Arttı	192	0,977	1,280	1,871	0,155	
	Sigara Kullanımının Azaldı	72	1,146	1,160			
	Sigara Kullanımının Değişmedi	180	1,219	1,197			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Sigara Kullanımının Arttı	192	1,391	1,379	8,023	0,000	3>1 3>2
	Sigara Kullanımının Azaldı	72	1,208	1,565			
	Sigara Kullanımının Değişmedi	180	1,875	1,398			
Yemeye İlgili Endişe	Sigara Kullanımının Arttı	192	0,542	0,818	1,849	0,159	
	Sigara Kullanımının Azaldı	72	0,361	0,484			
	Sigara Kullanımının Değişmedi	180	0,456	0,654			
Kiloyla İlgili Endişe	Sigara Kullanımının Arttı	192	1,445	1,749	2,337	0,098	
	Sigara Kullanımının Azaldı	72	1,917	1,483			
	Sigara Kullanımının Değişmedi	180	1,725	1,813			
Yeme Bozukluğu Genel	Sigara Kullanımının Arttı	192	1,359	1,195	2,876	0,057	
	Sigara Kullanımının Azaldı	72	1,263	1,106			
	Sigara Kullanımının Değişmedi	180	1,590	1,111			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılanların pandemi sürecinden sigara kullanım değişimine göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=7,754$; $p=0,000<0,05$; $\eta^2=0,034$). Farkın nedeni; pandemi sürecinde sigara kullanımı artanların kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=1,875$), pandemi sürecinde sigara kullanımı azalanların kısıtlama puanlarından

($\bar{x}=1,200$) yüksek olmasıdır. Pandemi sürecinde sigara kullanımı değişmeyenlerin kısıtlama puanlarının ($\bar{x}=2,087$), pandemi sürecinde sigara kullanımı azalanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,200$) yüksek olmasıdır.

Katılanların pandemi sürecinden sigara kullanım değişimine göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 441)}=8,023$; $p=0,000<0.05$; $\eta^2=0,035$). Farkın nedeni; pandemi sürecinde sigara kullanımı değişmeyenlerin beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,875$), pandemi sürecinde sigara kullanımı artanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,391$) yüksek olmasıdır. Pandemi sürecinde sigara kullanımı değişmeyenlerin beden şekliyle ilgili endişe puanlarının ($\bar{x}=1,875$), pandemi sürecinde sigara kullanımı azalanların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,208$) yüksek olmasıdır.

Katılanların Tıkanırmasına yeme, yemeyle ilgili endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme bozukluğu genel puanları pandemi sürecinden sigara kullanım değişimine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 36. Yeme Bozukluğu Puanlarının Alkol Kullanımına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Kısıtlama	Evet	228	2,105	1,852	3,385	442	0,001
	Hayır	216	1,583	1,342			
Tıkanırmasına Yeme	Evet	228	1,184	1,265	1,440	442	0,150
	Hayır	216	1,016	1,189			
Beden Şekliyle İlgili Endişe	Evet	228	1,329	1,509	-3,477	442	0,001
	Hayır	216	1,799	1,326			
Yemeyle İlgili Endişe	Evet	228	0,456	0,683	-0,651	442	0,515
	Hayır	216	0,500	0,737			
Kiloyla İlgili Endişe	Evet	228	1,632	1,764	-0,044	442	0,965
	Hayır	216	1,639	1,720			
Yeme Bozukluğu Genel	Evet	228	1,483	1,274	0,856	442	0,390
	Hayır	216	1,389	1,007			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Katılanların alkol kullanımına göre kısıtlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=3.385$; $p=0.001<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,025$). Alkol kullananların kısıtlama puanları ($\bar{x}=2,105$), alkol kullanmayanların kısıtlama puanlarından ($\bar{x}=1,583$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların alkol kullanımına göre beden şekliyle ilgili endişe puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(442)}=-3.477$; $p=0.001<0.05$; $d=0,000$; $\eta^2=0,027$). Alkol kullanmayanların beden şekliyle ilgili endişe puanları ($\bar{x}=1,799$), alkol kullananların beden şekliyle ilgili endişe puanlarından ($\bar{x}=1,329$) yüksek bulunmuştur.

Katılanların Tıkanırmasına yeme, yemeyle ilgili endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme bozukluğu genel puanları alkol kullanımına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırma Covid-19 Pandemi sürecinde sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bununla beraber çalışan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile çalışma değişkenleri olan sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi de amaçlanmaktadır. Bu amaç çerçevesinde yetişkin bireylerden ölçek seti aracılığıyla toplanan veriler analiz edilmiş ve çalışma bulguları saptanmıştır. Araştırmamız İstanbul'da yaşayan 444 sigara içicisinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde elde edilen sonuçlar ilgili literatür ışığında tartışılmaktadır.

Araştırmada sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu arasında pozitif ilişki belirlenmiş; sigara bağımlılığının yeme bozukluğunu arttırdığı sonucuna varılmıştır. Literatürde sigara bağımlılığı ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Harmancı ve ark. 2021). Çelik ve arkadaşları (2016) yeme bozuklukları ile sigara, alkol tüketimi ve uyarıcılar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yeme bozuklukları, sigara ve uyarıcı kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Çelik ve ark. 2016; Harmancı ve ark. 2021). Öte yandan Özvurmaz ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada sigara içme ve yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlar da, içme ve yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.

Nancy ve Rigotti (2002) sigara içmek öğrenilmiş bir davranış olduğunu ve sigaranın yemek arzusunu tetikleyen uyarıcılar haline geldiğini belirtmektedir. İnsanlar tütün kullanmakla ilgili eylemlere bağımlı oldukları gibi yemeklerden sonra veya stresli bir durum gibi belirli durumlarda da tütün kullanmaya alışmaktadır (Zuckerman ve ark, 1990).

Chao ve meslektaşları (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada, sigara içme, aşırma ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi incelediler. Sonuçlara göre, sigara içenlerin yüksek kalorili yiyecekler için istekleri sigaraya yeni başlayanlara göre daha fazladır. Chao ve arkadaşlarının (2016) yaptığı başka bir çalışmada yeme bozuklukları ile sigara arasındaki ilişki incelenmiştir. 575 katılımcıyla yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, klinik olmayan grupta diyet psikopatolojisi ile sigara içme arasında bir ilişki olmadığı bulundu. Öte yandan Courtemanche (2008), sigara içmenin tat alıcılarını engellediğini ve kullanıcıların yedikleri yiyeceklerden tat alma duyularını

azaltmalarına neden olduğunu bulmuştur. Bu duruma ek olarak sigarayı bırakmaya çalışanlar, sigara yerine ağzında bir şey olduğunu hissetmekte, sürekli yemek yemekten ve kilo almaktan korkmaktadır (Courtemanche 2008).

Sigaraya ulaşmada zorluk ve yoksunluk belirtileri içerisinde sigarayı bulma davranışı, huzursuzluk, sabırsızlık, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, bradikardi, somatik yakınmalar, insomnia, acıkma hissi ve yemek yemede artışa bağlı olarak kilo alımı meydana gelir (Breslau ve ark., 1994). Bilir, (2008) yemekten sonra içilen sigaralar, çay veya kahve tüketirken içilen sigaralar veya arkadaşlarla sohbet ederken içilen sigaralar, psikolojik bağımlılık grubuna girdiğini belirtmektedir.

Özgür ve Uçar 2018 yılında, Ankara'da yaşayan üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, sigara kullanımı ile besin bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Literatürde sigara içme ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi destekleyen kanıtlar olduğu iyi bilinmektedir (Saules ve ark., 2009; King ve ark., 2009). Lundgren ve arkadaşları (2010), sigara içme oranları yüksek olan kişilerin gece yeme bozukluğu yaşama ihtimallerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Saules ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada halen sigara içenlerin %2,6'sının ve hiç sigara içmemiş üniversite öğrencilerinin %4,7'sinin tıknırcasına yeme bozukluğundan muzdarip olduğunu bulmuşlardır. Sigara içenler ve içmeyenler arasında tıknırcasına yeme bozukluğu insidansında anlamlı bir fark bulamamalarına rağmen, tıknırcasına yeme davranışı ve tıknırcasına yeme semptomlarının sigara içen grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

White ve Grilo (2007) tıknırca yeme bozukluğu olan 91 obez kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, bu kadınların eski sigara içenler ile hiç sigara içmeyenler arasında olduğunu bulmuşlardır; yaş, VKİ ve mevcut tıknırcasına yeme sıklığı açısından bir fark bulamamışlardır. White ve Grilo (2006) yaptıkları başka bir çalışmada, tıknırcasına yeme bozukluğu olan 103 obez kadından sigara içenlerin majör depresyon, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, madde kötüye kullanımı veya yetişkinlik yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca aşırı yeme ve sigara içmenin olumsuz etkileri ve kaygıyı hafifletmek için ortak nitelikler olabileceğini belirtmişlerdir.

Bir çalışmada yeme bozukluğu olan ve sigara ve alkol kullanmayanların oranı sırasıyla %6,2 ve %6,5 olarak saptanmıştır (Çelik, 2014). Başka bir çalışmada yeme bozukluğu olan bireylerde sigara içme ve içme oranlarının sırasıyla %19,1 ve %8,8,

yeme bozukluğu olmayanların ise %19,1 ve %11,8 olduğu bildirilmiştir (Vardar ve Erzengin, 2011). Kadınlarda yeme bozukluğu riski olarak, sigara bağımlılığının dürtüsellik ile ilişki olduğu ve dürtüsellüğün de kiloyu kontrol etme amaçlı sigara kullanma isteğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Anzengruber, 2006).

Literatürde, Türkiye'de büyük şehirlerde sigara bağımlılığı ile ilgili araştırmalar oldukça sınırlıdır. Araştırmamızın ölçeği incelenmeden araştırmanın genel olarak il bazında yürütüldüğü görülmektedir. Bu anlamda araştırmamız literatüre katkı sağlayacaktır.

Araştırma sonuçlarımızda kadınların (%77) erkeklere göre (%23) daha sık sigara içtiği görülmektedir. Araştırmamızda, sigara içme davranışının cinsiyete göre değiştiği sonucuna varılmıştır. Literatür incelendiğinde birçok çalışma sigara bağımlılığının erkekler arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir. Öte yandan Buturak ve ark.'nın araştırmamızı destekler nitelikteki çalışmasında, kadınların farklı cinsiyetler arasında erkeklere göre daha yüksek sigara bağımlılığı oranına sahip oldukları saptanmıştır (Buturak ve ark. 2016). Öte yandan Bilir ve arkadaşları son yıllarda kadınlarda sigara içme oranının arttığına dikkat çekmiştir. Bazı kişiler bunun nedeninin kadınların rolleri ve sorumlulukları nedeniyle artan stres düzeyi ve kilo almamak için sigara içmesi olabileceğine inanmaktadır (Bilir, Çakır, Dağlı, Ergüder ve Önder, 2010). Dünya Sağlık Örgütü, kadınların sorunlarla yüzleşme, sorunlarla baş etme ve çabalarını kanıtlama becerilerinin erkeklere göre daha zayıf olduğunu ve bunun kadınların sigara bağımlılığında bir etken olabileceğini bildirmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2010). Yavuz (2020) tarafından yapılan araştırmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara bağımlısı olduğu görülmektedir. Boyacı ve diğerleri (2003) de erkeklerde sigara bağımlılığı oranının kadınların neredeyse iki katı olduğuna dikkat çekmiştir. Örsel ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada, erkeklerin nikotin bağımlılığı oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ünübol ve Quick Sayar (2019) tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre erkeklerin sigara içme oranının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ulukoca ve diğerleri (2013) erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara tükettiğini belirlemiştir. Erkeklerin sigara içme oranlarını artıracakını söyledi. Başka bir çalışmada erkeklerin kadınlara göre 1,5 kat daha fazla sigara tükettiği bulunmuştur (Dağtekin ve ark. 2020). Başer ve diğerleri (2017) tarafından yapılan bir araştırmaya göre erkeklerde sigara içme oranının dört kat fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısından çok daha fazla

olduğu düşünölmekte olup, sonuçlarımızın literatürden farklı olmasının nedeni bu olabilir. Araştırma sonuçlarımızın literatürdekilerden farklı olması araştırmamızın literatüre katkı sağlayacağına işaret etmektedir.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nda Türkiye'de diğer ülkelere göre daha fazla eğitimli kesim daha fazla sigara tüketmektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2010). Araştırma sonuçlarımıza göre sigara içme düzeyi eğitim düzeyine göre değişmektedir. Katılımcıların 60'ı (%13,5) lise, 198'i (%44,6) lisans, 36'sı (%8,1) ön lisans, 120'si (%27,0) yüksek lisans ve 30'u (%6,8) doktora mezunudur. Örneklemimiz İstanbul'da eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte sigara kullanımını da artmaktadır. Başer ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim seviyesi yüksek olanlarda sigara tüketim oranının eğitim seviyesi düşük olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Eğitim seviyesi ile sigara bağımlılık düzeyine ait bulgularımız literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir (Başer, Hacıoğlu, Eyyapan, Özkurt, Kıter ve Zencir, 2007). Akdur çalışmasında toplumda sigara kullanımının üniversite öğrencilerinde daha fazla rastlandığını bildirmiştir. Bunun nedenini ise sosyal bir çevre edinerek yalnız kalmaktan kurtulma düşüncesi olabileceği olarak açıklamaktadır. Sigaraya başlamanın yanında bağımlılık oluşmasında da arkadaş çevresi etkilidir (Akdur, 2009).

Sigaraya bağlı hastalıkların yaşla birlikte sigarayı azaltmada etkili nedenler olabileceğine inanılmaktadır (Başer ve ark. 2007). Türk Tabipleri Birliği yöneticilerinin sigara içme alışkanlıklarını incelediğimizde 25-39 yaş arası sigara içme oranları oldukça yüksek, 40-40 yaş üzeri sigara içme oranları ise yarı yarıya azalmıştır (Aşut ve Kalaça, 2005). Ünübol ve Quick Sayar (2019) tarafından yapılan bir araştırmaya göre sigara içme oranı 24 ile 29 yaşları arasında en yüksektir ve bu oran yaşla birlikte azalmaktadır. Bu araştırmada 20-30 yaş arası ve 50 yaş üzerinde sigara kullanımının az olduğu fakat 31-40 yaş arasında bağımlılık düzeyinin yüksek olduğu görölmektedir.

Orhan'ın (2016) araştırmasında bekarların evlilere göre daha fazla sigara tükettiği belirlenmiştir. İstanbul'da sigara bağımlılığını araştırmak için yapılan bir çalışmada, bekarların sigara içme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Güler, 2019). Mayda ve ark.'nın çalışmasında, bekarların sigara içme oranlarının yüksek olduğu bulunmuş ve bunun sebebini, yalnız kalmanın sigara içme eğilimini artırdığı ve bağımlılığı ortaya çıkardığı için açıklamışlardır (Mayda ve ark. 2007). Araştırmamızda sigara içenlerin

medeni duruma göre dağılımının benzer olduğu, sigara bağımlılığının cinsiyete göre farklılaşmadı görülmektedir.

Yavuz (2020) tarafından yapılan araştırma, ilk ve orta öğrenimi olan kişilerin, üniversite veya lisansüstü öğrenim görmüş kişilere göre daha yüksek nikotin bağımlılık oranına sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre farklı olarak araştırmada yüksek lisans mezunlarının nikotin bağımlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmalar, ergenlik döneminde sigara içmeye başlamanın bağımlılık riskini artırdığını ve bu kişilerin sigarayı bırakmayı daha zor bulduğunu bulmuştur. Özellikle bu nedenle gençler tütün endüstrisinin hedefi haline gelmiştir (Çalışkan, 2015). 2012 yılında ülkemizde yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre, sigara içenlerin %16'sı 15 yaşın altında sigara içenlerin sigaraya başlama oranı, 15-18 yaş arasındakilerin oranı %16 olup, bu oran 58 olarak belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu araştırmada sigaraya başla yaşının %60 oranıyla 16-20 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Sürmeli ve ark.'nın çalışmasında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalardan %73,3'ü daha önce sigarayı bırakmayı denemişti (Sürmeli, 2008), Bulat ve ark.'nın çalışmasında ise bu oran %83,1'dir (Bulat, 2016). ve Bayman ve ark.'nın çalışmasında ise %80,5 idi. Bayman ve ark.'nın çalışmasında da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde 2 ve daha fazla deneyenlerin sigarayı bırakmada daha başarılı olduğu saptanmıştır ($p=0.017$) (Bayman, 2016). Yurtdışında yapılan bir çalışmada, sigarayı bırakmanın bir yıllık başarı oranı için sigarayı bırakma girişimi sayısının etkili olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışma, sigarayı en az 2 kez bırakmayı deneyenlerin başarı oranının diğerlerine göre 1,32 kat olduğunu göstermiştir (Tonnesen ve ark., 1999). Bu araştırmada sigarayı bırakmayı deneme oranının %74,3 olduğu görülmektedir.

Araştırmalar, artan sigara tüketimi ile artan bağımlılık arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Yorgancıoğlu ve Esen, 2000). Altın ve ark.'nın çalışmasında günde içilen sigara sayısı 24.0 ± 11.39 (Altın, 2019), Gören ve ark.'nın çalışmasında günde içilen sigara sayısının %55'i 10-20 (Gören, 2019) idi. , Sürmeli ve arkadaşlarının çalışmasında ise %53.3 ve 10-20 adet bulunmuştur. Kanık ve ark.'nın çalışmasında erkeklerin günde ortalama içtiği sigara sayısı 24.66 ± 11.28 , kadınların ise 23.15 ± 11.68 olmak üzere toplam 24.03 ± 12.05 olarak bulunmuştur(Kanık, 2018).

Yakut'un (2021) yaptığı araştırmada katılımcıların tamamına yakını, pandemi nedeniyle uygulanan sokağa çıkma yasağı süresince sigara temininde sorun yaşamadıklarını ifade etmiştir. Fagerström nikotin bağımlılık skoru ile sigaraya ulaşmakta güçlük çekenlerin ve sigaraya maruz kalmayanların içtikleri sigara sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada sokağa çıkma yasağı süresince içtikleri sigara sayısının arttığını veya değişmediği belirlenmiştir(Yakut, 2021). Bu araştırmada pandemide sigara tüketiminin arttığını düşünenlerin oranının %43,2 olduğu görölmektedir. Aynı zamanda pandemideki değişimin nikotin bağımlılığı ile ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır.



ÖNERİLER

Sigara bağımlılığı ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki bu araştırma ile bir kez daha ispatlanmıştır. Gerek sigara bağımlılığı olsun gerekse yeme bozukluğu olsun ikisi de halk sağlığını bozan ciddi bir toplumsal sorundur ve bu iki sorun birbirini tetiklemektedir. Bu nedenle bu değişkenlerden birisiyle yapılacak mücadelenin diğerine de önemli katkılar sağlayacağı aşikârdır. Ülkemizde sigara bağımlılığını azaltmaya yönelik ve obezite ile mücadele ile ilgili kampanyalar düzenlense de kampanya sürecinde bir takım olumlu değişimler olmakta ancak kalıcı çözüm üretilememektedir. Her geçen gün sigara bağımlılık oranı artış kaydetmekte ve toplum olarak daha obez hale gelinmektedir.

Sigara bağımlılığı ve yeme bozukluğu ile mücadele edebilmek için bağımlı olmadan ve obeziteye yakalanmadan önleyici çözümlerin alınması daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Bu kapsamda ilkokuldan başlayarak sağlıklı beslenme eğitimi daha etkin bir biçimde verilmeli ve toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesine yönelik medyada etkin kampanyalar düzenlenmelidir.

Gençlerde özentisi ile başlayan sigara bağımlılığının önlenmesi için daha fazla kendilerini ifade edebilecekleri sosyal, kültürel ve sportif aktivitelere yönlendirilmeleri için özellikle okullara ve rehberlik servislerine önemli görevler düşmektedir.

Diğer taraftan gençlerin sigara bağımlısı olmalarında önemli etkisi bulunmaktadır. Ailesinde sigara içen gençlerde sigara içme oranı daha yüksektir. Bu nedenle ailelerin bilinçlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması daha doğru olacaktır.

Yeme bozukluğu ve obezite ile ilgili bilgilendirici seminerler, konferanslar düzenlemenin yanında sağlıklı beslenme alışkanlığının yerleştirilmesi için okul, yurt vb. toplu yemek yenen mekanlarda sağlıklı yiyecekler ön plana çıkarılmalı, buraların duvarlarına gençlerin ilgisini çekecek bilgilendirici posterler ve afişler asılabilir.

Sosyal medya başta olmak üzere görsel medyada gençlerin örnek aldığı aktivistlerin sigaranın zararlarına yönelik kampanyalarda kullanılması önerilmektedir. Televizyon dizilerinde yeme bozukluğunun önlenmesi, sağlıklı beslenmenin teşvikine yönelik mesajlar yerleştirilebilir.

Yeme bozukluğu ve Sigara bağımlılığı ile m¼cadelede erken yaşta eğitimin devlet politikalarıyla desteklenmesi bireylerin pandemi gibi stres ve diğer zorlayıcı durumlara başetmelerinde çok daha etkin fayda sağlayacaktır.



KAYNAKLAR

- Akdur, K. (2009). Gençlerde Sigara Salgını. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 33(7), 782-788. doi:10.1111/j.1365-2036.2011.04584.x
- Altın, A.Ö. (2019). Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin saptanması, Aile hekimliği uzmanlık tezi, İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- American Cancer Society and Vital Strategies. Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami, F., Liber, A., Nargis, N., Stoklosa, M. The Tobacco Atlas. 6th edition, Atlanta:2018, Erişim: https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and İstatistical manual of mental disorders. fifth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı(DSM-5). Çeviri:Köroğlu E. 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Anzengruber, D., Klump, K.L., Thornton, L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M., Bulik, C.M. & et al. (2006). Smoking in eating disorders. Eating Behaviors, 7(4), 291-299.
- Aşut, Ö. ve Kalaça, S. (2005). Türk tabipleri birliği yöneticilerinde sigara içme alışkanlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14(2), 38-43.
- Atak, H. (2011). Psycho-social markers of smoking, and the relationships between smoking and life satisfaction, and subjective well-being in the years of transition to adulthood. Turkish Journal of Clinical Psychiatry, 14(1), 29-43.
- Atak, H. (2011). Yetişkinliğe geçiş yıllarında sigara içme davranışlarının psikososyal belirleyicileri ve sigara içmenin yaşam doyumu ve öznel iyi oluşla ilişkisi. Klinik Psikiyatri, 14, 29-43.
- Barba, E., Accarino, A., Soldevilla, A., Malagelada, J.-R., & Azpiroz, F. (2016). Randomized, Placebo-Controlled Trial of Biofeedback for the Treatment of Rumination. The American Journal of Gastroenterology, 111(7), 1007-1013. doi:10.1038/ajg.2016.197
- Başer, S., Hacıoğlu, M., Evyapan, F., Özkurt, S., Kıter, G. & Zencir, M., (2007). Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. Toraks Dergisi, 8(3), 179-184.

- Bayman, E. (2016). Atatürk eğitim ve Araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda başarısızlığa neden olan Faktörlerin belirlenmesi, Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara.
- Becket, W. (2004). *Quitting Smoking for Life*. Australia. Pascal Press.
- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *The American Journal of Medicine*, 121(4), 3–10.
- Benowitz, N. L. (2009). Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology*, 49(1), 57–71.
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295-2303.
- Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: Gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*, 24, 184–97.
- Berrettini, W.H., Lerman, C.E.(2005). Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 162:1441-51.
- Bilir, N.D.(2010). Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü, Toraks Kitapları İstanbul: Aves Yayıncılık. 10:32.
- Bilir, N., Çakır, B., Dağlı, E., Ergüder, T. & Önder Z. (2010). Türkiyede Tütün Kontrolü Politikaları. DSÖ Türkiye Ofisi: DSÖ yayını, Danimarka 2010. 15-32.
- Bilir, Nazmi, Dilek Aslan, “Dünya’ da Türkiye’de ve Hacettepe’de Tütün Kontrol Çalışmaları”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36, 2, 2005, 75-79
- Black, C. M., & Wilson, G. T. (1996). Assessment of Eating Disorders: Interview Versus Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 43–50. doi:10.1002/(sici)1098-108x(199607)20:1<43::aid-eat5>3.0.co;2-4
- Black, D.W., Zimmerman, M., Coryell, WH. (1999). Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Ann Clin Psychiatry*. 11: 129-136.
- Boyacı, H., Çorapçıoğlu, A., Ilgazlı, A., Başyigit, İ. ve Yıldız, F. (2003). Kocaeli üniversitesi öğrencilerinin sigara içme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıklar*, 14(3), 169-175.
- Breslau, N., Kilbey, M. (1994). Andreski P. DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction*.;89(6):743–54.
- Breslau, N., Kilbey, M., Andreski, P. (1992). Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: Finding from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 149: 464-9.
- Broman-Fulks, J. J., Hill, W. R., & Green, B. A. (2008). Is Perfectionism Categorical or Dimensional? A Taxometric Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 90(5), 481-490. doi:10.1080/00223890802248802

- Broms, U.(2008). Nicotine dependence and smoking behaviour a genetic and epidemiological study, Helsinki Üniversitesi, Helsinki, 11-18.
- Brown, L. M., Hoover, R. N., Greenberg, R. S., Schoenberg, J. B., Schwartz, A. G., Swanson, G. M., ... & Pottern, L. M. (1994). Are racial differences in squamous cell esophageal cancer explained by alcohol and tobacco use?. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 86(17), 1340-1345.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: Therapy and Theory. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531–1538. doi:10.1176/ajp.139.12.1531
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and Eating Disorders in Childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111. doi:10.1002/eat.20795
- Bulat, L.A. (2016).Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler, Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara.
- Burakgazi, G., Öztürk, T., Akyol, M., ve Yıldırım, H. (2013). Obez Çocuklarda Beynin Difüzyon Ağırlıklı Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları. *Mustafa Kemal Üniv. Tıp Dergisi*, 4(14), 1-9.
- Buturak, Ş.V., Günal, N., Özçiçek, G., Rezaki, H.Ö.....& Özpolat, B.(2016). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Sigara Bağımlılık Şiddetleri. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 7(3), 72-76.
- Carmen Míguez, M., et al. (2018). "Health-related quality of life among smoking relapsers." *Psicothema* 30(1): 27-32.
- Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 85–94. doi:10.1016/j.cppeds.2017.02.004
- Chaiton, M., Cohen, J., & Frank, J. (2008). Population health and the hardcore smoker: Geoffrey Rose revisited. *J. Public Health Policy*, 29:307–318
- Chao, A. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2016). Smoking status and psychosocial factors in binge eating disorder and bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 21, 54-58. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.011
- Chao, A. M., White, M. A., Grilo, C. M., & Sinha, R. (2017). Examining the effects of cigarette smoking on food cravings and intake, depressive symptoms, and stress. *Eating Behaviors*, 24, 61-65.
- Chiolero, A., Jacot-Sadowski, I., Faeh, D., Paccaud, F., & Cornuz, J. (2007). Association of cigarettes smoked daily with obesity in a general adult population. *Obesity*, 15, 1311-1318. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.153>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). Refining the Definition of Binge Eating Disorder and Nonpurging Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S89-S95. doi:10.1002/eat.10208

- Courtemanche, C.J. (2008). Essays on the economic causes of obesity. Phd Dissertation, Washington University Department of Economics, Saint Louis, Missouri.
- Çalışkan, Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım) (2015). Uşak Üniversitesi Sos Bilim Derg;8(2):23-48.
- Çapık, C., Özbıçakçı, Ş. (2007). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sigara bağımlılık düzeyleri ve etkileyen etmenler. Uluslararası İnsani Bilimler Dergisi, 4(2), s. 1-12.
- Çelik, S., Yoldaşcan, E.B., Okyay, R.A. ve Özenli, Y. (2016). Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. Anadolu Psikiyatri Derg, 17(1), 42-50.
- Çelik, S. (2014). Çukurova Üniversitesi'nde Okuyan Kadın Fakülte Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Prevalansı ve Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- Çepik Kuruoğlu, A. (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10(1), 32-37.
- Çetin, A. (2011). "Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofreni Hastalarının Sigara Kullanımının Değerlendirilmesi" Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Dağtekin, G., Atay, E., Kılınç, A., Eyüboğlu, M., Eyüboğlu, D., Ünsal, A. ve Arslantaş, D. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinde cinsiyete göre sigara tüketimi, algılanan stres ve yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi, 42(4),350-356.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G. F., & Szmukler, G. I. (1990). The Clinical and Theoretical Impact of a Controlled Trial of Family Therapy in Anorexia Nervosa. Journal of Marital and Family Therapy, 16(1), 39-57. doi:10.1111/j.1752-0606.1990.tb00044.x
- Davidson, J. R., Huges, D. C., George, L. K., & Blazer, D. G. (1996). The Association of Sexual Assault and Attempted Suicide Within the Community. Archives of General Psychiatry, 53(6), 550-555. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830060096013
- Demir, T. (2008). Sigara bağımlılığı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 08(3), 231-238.
- Derin, M., & Tapan, M. G. (2017). Madde Bağımlılığı ve Sosyal Dışlanma. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (10), 26-36.
- Dietz, W.H., Brownson, R.C., Douglas, C.E., Dreyzehner, J.J., Gortmaker, S.L., et al. (2016), Chronic disease prevention: tobacco, physical activity, and nutrition for a healthy start. National Academy Of Medicine, 1-14.
- DiFranza, J. (2010). A new approach to the diagnosis of tobacco addiction. Addiction, 105(3), 381-2.
- Dinn, WM., Ayçiçeği, A., Harris, CL. (2004).Cigarette Smoking in a student sample: Neurocognitive and Clinical Correlates. Addictive Behaviors; 29(1): 107 -26.

- DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı.(2013). Çeviren: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu
- Efendi, V. (2012), Kadınlarda Sigaranın Fiziksel Aktivite, Vücut Kompozisyonu ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi Bölümü, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Sevgi ÖZALEVLİ).
- Enişte, K. (2004). “Alkol ve Madde Bağımlılığı” Bursa Sağlık Müdürlüğü (BSM) Dergisi, (2):47-48
- Erçim, R.E., Baydaş, B. (2017). Genç yetişkinlerde pasif sigara maruziyetinin diyet kalitesine, oksidatif stres indeksine ve beslenme durumuna etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 31(1), 01-10, [Elektronik Dergi].
- Erdem, İ. (2014). Sigara kullanımının hastane çalışanlarının kişisel imajları üzerine etkisi. Yüksek Lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Isparta.
- Ergeneilek, E. (2005). Sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bırakmaya yönelik girişimleri ve sonuçları. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.
- Ergül, S. (2005). Sigara içme alışkanlığı olan adölesanlarda karşıt olumlu davranış geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin etkililiğinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Ersoy, G. (1991). Yeme Davranışı Bozuklukları. Beslenme ve Diyet Dergisi , 20(1), 95-106.
- Ertuğ Toker, D., ve Hoccoğlu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. Düşünen Adam, 22(1-4), 36-42.
- Everill, J. T., & Waller, G. (1995). Reported Sexual Abuse and Eating Psychopathology: A Review of the Evidence for a Causal link. International Journal of Eating Disorders, 18(1), 1-11. doi:10.1002 / 1098-108x (199507) 18: 1 <1 :: aid-eat2260
- Fairburn, C. G. (2020). Yeme Bozuklukları ve Bilişsel Davranışçı Terapi (Cilt 2). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003, February 1). Eating Disorders. The Lancet, 361, 407-416. doi:10.1016/s0140-6736(03)12378-1
- Ferry, LH., Burchette, RJ.(1994). Efficacy of bupropion for smoking cessation in nondepressed smokers. J Addict Dis. 13:249.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence.(2008) Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S.Department .of Health and Human Services. Public Health Service.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. E. E. A., & Henderson, P. N. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update: Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mamme, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., Walsh, T. (2014). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.11.013
- Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Social Psychological Theories of Disordered Eating in College Women: Review and Integration. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 1221-1237. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.011
- GBD (2015). Tobacco Collaborators, Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015, *Lancet*, 2017; 389:1885–1906
- Geller, J., & Dunn, E. C. (2011). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Eating Disorders: Tailoring Interventions to Patient Readiness for Change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 5-15. doi:10.1016/j.cbpra.2009.05.005
- Gençöz F,(2003). Gençöz T, Soykan A, Soykan Ç. Sigara bağımlılığı ve tedavisi.;1: 2-14.
- Gercek, C., Soran, H., Storrer, J., & Albrecht, M. (2011). Smoking habits of basic education students in Germany and Turkey. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 422–425.
- Gershon, E. S., Schreiber, J. L., Hamovit, J. R., Dibble , E. D., Kaye, W., Nurnberger, J. I., Ebert, M. (1984). Clinical Findings in Patients with Anorexia Nervosa and Affective Illness in Their Relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1419-1422. doi:10.1176/ajp.141.11.1419
- Gerzanich, V., Peng, X., Wang, F., Wells, G., Anand, R., Fletcher, S., & Lindstrom, J. (1995). Comparative pharmacology of epibatidine: a potent agonist for neuronal nicotinic acetylcholine receptors. *Molecular Pharmacology*, 48(4), 774-782.
- Gibson, C. L., Piquero, A. R., & Tibbetts, S. G. (2000). Assessing the relationship between maternal cigarette smoking during pregnancy and age at first police contact. *Justice Quarterly*, 17(3), 519-542.
- Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 263-274. doi:10.1016/j.psc.2019.01.009
- Giovino, G. A., Henningfield, J. E., Tomar, S. L., Escobedo, L. G., & Slade, J. (1995). Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiologic reviews*, 17(1), 48-65.
- Gören, Y. (2019).Sigara bırakma polikliniği'ne başvuran ve bir yıllık süreçte sigara bırakma tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan hastalarda relaps nedenleri, Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara.
- Güler, T. (2019). İstanbulda Sigara Bağımlılığının Bağlanma ve Psikolojik Belirtilerle Olan İlişkisi.Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

- Güvenç, G. (2019). Madde Bağımlısı Olan Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Sosyal İyi Olma Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Haire-Joshu, D., Morgan, G., & Fisher, E. B. (1991). Determinants of cigarette smoking. *Clinics in Chest Medicine*, 12(4), 711–725.
- Hajek, P., Taylor, T., McRobbie, H. (2010). The Effect Of Stopping Smoking On Perceived Stress Levels. *Addiction Research Report*, 105, 1466-71.
- Hamer, M., Molloy, G. J., & Stamatakis, E. (2008). Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(25), 2156-2162.
- Hammond D. Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention. *Tobacco control*. 2005;14(3):181-5.
- Harmancı, H., Akdeniz, S., Ahçı Gültekin, Z. (2021). Prevalence of Eating Disorders: Its Relationship with Alexithymia and Mental Complaints., *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 3(1): 30-36
- Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2018). Prevalence of Pica and Rumination Behaviors in German Children Aged 7–14 and Their Associations with Feeding, Eating, and General Psychopathology: A Population-Based Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10. doi:10.1007/s00787-018-1153-9
- Hayashi, I. (2012). *Smoking : Health Effects, Psychological Aspects and Cessation*. Nova Science Publishers, Inc.
- Henningfield, JE., Benowitz, NL., Slade, J., Houston, TP., Davis, RM., Deitchman, SD.(1998). Reducing the addictiveness of cigarettes. *Tobacco control*;7(3):281-93.
- Hezer, H., & Karalezli, A. (2019). Sigaraya Psikolojik Bağımlılığın Sigara İçme Arzusu ve Nikotin Yoksunluk Semptomlarına Etkisi. *Ankara Medical Journal*, 19(4), 700-707.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Jarvis, MJ. (2004). Why people smoke. *BMJ: British Medical Journal*.;328(7434):277.
- John, R., Hughes, MD. (2005). Nikotine bağlı bozukluklar. *Kaplan And Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry*. 8. Baskı. Philadelphia, 1257-64.
- Kalyoncu, A. (2009). *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital Yayınları.
- Kanık, MK. (2018). İzmir'de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranlarda sigarayı ve diğer tütün ürünlerini bırakma ile ilişkili bazı özelliklerin değerlendirilmesi, *Halk sağlığı uzmanlık tezi*, İzmir. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi;

- Karadağ, M., Karadağ, S., Ediz, B., & Işık, E. (2011). Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29(1), 27-31.
- Karahan, T. F., & Epli Koç, H. (2005). Üniversite öğrencilerinin alkol ve sigara kullanım sıklığına göre stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 6(2), 113–131.
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z., Özkan, M., Örsel, O. (2006). Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1), s. 51-64.
- Kartal, M., Midik, Ö., & Büyükakkus, A. (2012). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Yaşam Kalitelerine Etkisi/Tobacco Smoking and its Effect on Quality of Life of Medical Students in Ondokuz Mayıs University. *Turk Toraks Dergisi*, 13(1), 11.
- Kayacık, S. Ç. (2019). *BİR Sağlık Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışı*. İstanbul: Bezmialem Vakıf Üniversitesi.
- Kessing, B. F., Smout, A. J., & Bredenoord, A. (2014). Current Diagnosis and Management of the Rumination Syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 1, 478-483. doi:10.1097/mcg.000000000000142
- Kızılkaya, M., & Öz, F. (2006). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Sigara İçme Özellikleri. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23-31.
- King, L. (2007). Saules KK, Irish J. Weight concerns and cognitive style: which carries more “weight” in the prediction of smoking among college women? *Nicotine Tob Res* ; 9: 535-543.
- King, J. L., et al. (2018). "Tobacco product use and mental health status among young adults." *Addictive Behaviors* 77: 67-72.
- Kmetova, A., Kralikova, E., Stepankova, L., Zvolska, K., & Blaha, M. (2014). Factors associated with weight changes in successful quitters participating in a smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 39, 239-245. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.10.010>
- Komiyama, M., Wada, H., Ura, S., Yamakage, H., & Satoh-Asahara, N. (2013). Analysis of factors that determine weight gain during smoking cessation therapy. *Plos One*, 8, e72010. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072010>
- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. HYB Basım Yayın.
- Kreipe, R. E., & Palomaki, A. (2012). Beyond Picky Eating: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 421–431. doi:10.1007/s11920-012-0293-8
- Leung, A. K., & Hon, K. L. (2019). Pica: A Common Condition that is Commonly Missed - An Update Review. *Current Pediatric Reviews*, 15, 1-6. doi:10.2174/1573396315666190313163530

- Li, M. D., Parker, S. L., & Kane, J. K. (2000). Regulation of feeding-associated peptides and receptors by nicotine. *Molecular Neurobiology*, 22, 143-165. <https://doi.org/10.1385/MN:22:13:143>
- Lock, J., Grange, D. L., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Treatment With Adolescent-Focused Individual. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025-1032. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.128
- Lopez-Colombo, A., Morgan, D., Bravo-Gonzalez, D., Montiel-Jarquín, A., Mendez-Martínez, S., & Schmulson, M. (2012). The Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Mexico: A Population-Based Study. *Gastroenterology Research and Practice*, 1-8. doi:10.1155/2012/606174
- Lundgren, J.D., Williams, K.B., Heitmann, B.L. (2010) Nocturnal eating predicts tooth loss among adults: results from the Danish MONICA study. *Eat Behav.* 11: 170-174.
- Macdonald, G., Kondor, N., Yousefi, V., Green, A., Wong, F., & Aquino-Parsons, C. (2004). Reduction of carboxyhaemoglobin levels in the venous blood of cigarette smokers following the administration of carbogen. *Radiotherapy and oncology*, 73(3), 367-371.
- MacDonald, P. (2004). Understanding smoking behaviour in children and adolescents. *Paediatric Nursing*, 16(3), 26–27.
- Masood, S., Cappelli, C., Li, Y., Tanenbaum, H., Chou, C.P., et al. (2015), Cigarette smoking is associated with unhealthy patterns of food consumption, physical activity, sleep impairment, and
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442
- Matson, J. L., Hattier, M. A., Belva, B., & Matson, M. L. (2013). Pica in Persons with Developmental Disabilities: Approaches to Treatment. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2564-2571. doi:10.1016/j.ridd.2013.05.018
- Mayda, A.S., Tufan N. & Baştaş S. (2007). Attitudes Towards Smoking and Frequency of Smoking Among Students of Düzce Medical School. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6(5), 364-370.
- McClernon, F.J., Kollins, S.H., Lutz, A.M. (2008). Effects of smoking abstinence on adult smokers with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of a preliminary study. *Psychopharmacology* ;197:95–105.
- McGovern, J.A., Benowitz, N.L. (2011), Cigarette Smoking, Nicotine, and Body Weight. *NIH Public Access*, 90(1): 164–168.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5), 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2013-002646

- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031-1038. doi:10.1001 / archpsyc.1975.01760260095008
- Morry, M. M., & Staska, S. L. (2001). Magazine Exposure: Internalization, Self-Objectification, Eating Attitudes, and Body Satisfaction in Male and Female University Students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(4), 269-279. doi:10.1037/h0087148
- Murphy, R., Straebl, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150– 158. doi:10.1002/cpp.1780
- Murray, H. B., Thomas, J. J., Hinz, A., Munsch, S., & Hilbert, A. (2018). Prevalence in Primary School Youth of Pica and Rumination Behavior: The Understudied Feeding Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1-5. doi:10.1002/eat.22898
- Naing, N. N., Ahmad, Z., Musa, R., Hamid, F. R. A., Ghazali, H., & Bakar, M. H. A. (2004). Factors related to smoking habits of male adolescents. *Tobacco induced diseases*, 2(3), 133.
- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S., & Wonderlich, S. A. (2016). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Adult Patients. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 528–53. doi:10.1002/erv.2476
- Nancy, A., Rigotti, MD. (2002). Treatment of Tobacco Use and Dependence. *N Engl J Med*. ;346:506–12.
- National Institute on Drug Abuse. (2009). Research report series: Tobacco addiction. http://drugabuse.gov/PDF/TobaccoRRS_v16.pdf
- Odabaşı, GN. (1991). Sigara alışkanlığının Türk toplumundaki yeri. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Oğur, S., Aksoy, A. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 5(1).
- Oğuztürk, B.S. & Gülcü, Y. (2012). Türkiye’de Sigara Tüketimini Etkileyen Faktörlerin Analizi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 4(2), 99-105.
- Orhan Yıldırım, E. (2016). Sigara İçen Ve İçmeyen Bireylerde Yaşam Doymumu ve Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Ögel, K. (2017). Bağımlılık Ve Tedavisi Temel Kitabı (1. Baskı b.). İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2018). Bağımlı Aileler İçin Rehber Kitap. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

- Ögel, K., Taner, S., & Yılmazçetin, C. (2003). Ergenlerde madde kullanım bozukluklarına yaklaşım klavuzu. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Öner, Ö., Ergüder, T., Çakır, B., Ergun, U., Erşahin, M. Y., Erol, İ. N., & Özcebe, H. (2013). Ergenlerin bildirdiği dürtüsellik belirtileri ve ruhsal sorunlar: Epidemiyolojik bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, 35-43.
- Örsel, O., Örsel, S., Alpar, S., Uçar, N., Fırat Güven, S., Şipit, T. ve Kurt, B. (2005). Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. *Solunum Hastalıkları* 16, 112-118.
- Örsel, S., Işık-Canpolat, B., Akdemir, A., ve Özbay, M. H. (2004). Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 5-15.
- Özgür, M., Uçar, A. (2018).Ankara'da yaşayan üniversite öğrencilerinde besin bağımlılığı ve gece yeme sendromunun değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* ;7(1):10-21.
- Özlü, T.(2002). Sigara hakkında bilmek istedikleriniz, Beyaz Yayınları, İstanbul.
- Öztürk, Ö., Odabaşoğlu, G., Eraslan, D., Genç, Y., Kalyoncu, ÖA.(2007). İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi. *Bağımlılık Dergisi* ;8(1):36-41.
- Öztürk, Y. E., Kırloğlu, M., & Kıraç, R. (2016). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 18(2), 97-118.
- Özvurmaz, S., Mandıracıoğlu, A. , Lüleci, E.(2018) Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumu Ve Yeme Tutumuna Etki Eden Faktörler. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.*; 4(2): 841-849.
- Papathanasiou, G., Mamali, A., Papafloratos, S., & Zerva, E. (2014). Effects of smoking on cardiovascular function: the role of nicotine and carbon monoxide. *Health science journal*, 8(2), 274.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2004). Sociocultural Idealization of Thin Female Body Shapes: An Introduction to the Special Issue on Body Image and Eating Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 1-6. doi:10.1521/jscp.23.1.1.26986
- Pontieri, F. E., Tanda, G., Orzi, F. ve Di Chiara, G.(1996) . “Effects of Nicotine on the Nucleus Accumbens and Similarity to Those of Addictive Drugs” *Nature*, 382(6588):255-7
- Riyaz, H. (2016). Reasons for smoking among the teenagers in HA. Maarandhoo. <http://saruna.mnu.edu.mv/jspui/handle/123456789/1592>
- Robson, D. (2010). Mental health and smoking: Effects on wellbeing. *British Journal of Wellbeing*, 1(9), 22–26.

- Sadock, B.J. (2007) Maddeye Bağlı Bozukluklar. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Baskı. (Çev. Ed. Aydın H, Bozkurt A), Güneş Kitabevi, İstanbul: 1137-328.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634. doi:10.1176/appi.ajp.158.4.632
- Sarason, I. G., Mankowski, E. S., Peterson Jr, A. V., & Dinh, K. T. (1992). Adolescents' reasons for smoking. *Journal of School Health*, 62(5), 185-190.
- Satıcı, S. A., Kayış, A. R., Yılmaz, M. F., & Eraslan-Çapan, B. (2019). Üniversite öğrencilerinde karanlık üçlü kişilik özellikleri ile dürtüsellik ve heyecan arama davranışları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 9(54), 857-881.
- Saules, K.K., Collings, A.S., Hoodin, F., Angelella, N.E., Alschuler, K., Ivezaj, V. (2009). The contributions of weight problem perception, BMI, gender, mood, and smoking status to binge eating among college students. *Eat Behav.* ; 10: 1-9.
- Sikorski, C., Luppá, M., Weyerer, S., König, H.H., Maier, W., et al. (2014), Obesity and associated lifestyle in a large sample of multi-morbid German primary care attendees, *National Library of Medicine National Institutes of Health*. 18;9(7). [Elektronik Dergi].
- Slowick, G. (2013). What is a smoking addiction? <http://yourmedicalsourc.com/content/what-smoking-addiction>
- Smink, F. R., Hoeken, D. v., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619. doi:10.1002/eat.22316
- Sönmez, A. Ö. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3).
- Stanton, W. R., Mahalski, P. A., McGee, R., & Silva, P. A. (1993). Reasons for smoking or not smoking in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 18(3), 321– 329.
- Steinhausen, H. C. (2008). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225–242 . doi:10.1016/j.chc.2008.07.013
- Stiegler, L. N. (2005). Understanding Pica Behavior: A Review for Clinical and Education Professionals. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20(1), 27-38. doi:10.1177/10883576050200010301
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198. doi:10.1037/0003-066X.62.3.181
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S19–S29. doi:10.1002/eat.10202

- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401. doi:10.1176/appi.ajp.157.3.393
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-295. <https://doi.org/10.1007/BF01575455>
- Sürmeli, CD.(2008). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular, Göğüs hastalıkları uzmanlık tezi, Diyarbakır. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.(2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2010). DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Uygulama Rehberi. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye Raporu. Erişim: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-Turkiye-Raporu-2010-TR.pdf>
- Tack, J., Blondeaou, K., Boecxstaens, V., & Rommel, N. (2011). Review Article: The Pathophysiology, Differential Diagnosis and Management of Rumination Syndrome.
- Tarhan, N. & Nurmedov, S. (2011). Bağımlılık: Sanal veya gerçek. İstanbul: Timaş.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065. doi:10.1037/0022-006x.69.6.1061
- Tezel, A.(2010). Sigara içme ve depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* ; 5. 2.
- Thomas, J. J., & Murray, H. B. (2016). Cognitive-Behavioral Treatment of Adult Rumination Behavior in the Setting of Disordered Eating: A Single Case Experimental Design.*International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 967-972. doi:10.1002/eat.22566
- Thomsen, M., Rodríguez-Farré, E.(2010). Addictiveness and attractiveness of tobacco additives.
- Todd, G. (2019). Yeme Bozuklukları. (N. Yener, Çev.) İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
- Tonnesen, P., Paoletti, P., Gustavsson, G., Russell, MA., Saracci, R., Gulsvik, A.(1999). Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. *Eur Respir J.*;13(2):238–46.

- Treur, J.L., Taylor, A.E., Ware, J.J., McMahon, G., Hottenga, J., et al. (2016), Associations Between Smoking and Caffeine Consumption In Two European Cohorts. *Society For The Study Of Addiction*, 111, 1059-1068.
- Troisi, A., Massaroni, P. ve Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 89-97.
- Tsai, Y. W., Wen, Y. W., Tsai, C. R., & Tsai, T. I. (2009). Peer pressure, psychological distress and the urge to smoke. *International journal of environmental research and public health*, 6(6), 1799-1811.
- TÜİK, 2015. İstatistiklerle Türkiye.
- Tülücü, F., Aytemur, ZA., Hacıevliyagil, SŞ., Güneş, G. (2012). Malatya İl Tütün Kontrol Kurulu Üyesi Kurum Çalışanlarının 4207 No'lu Kanunun İçerik ve Yürürlüğü Hakkındaki Tutumları. *Türk Toraks Dergisi*, 13, s. 99-110.
- Uçar, A., Hasipek, S. (2008), Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumunun Beslenme Alışkanlıkları ve Bazı Hematolojik Parametreler Üzerine Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi /J.Nutr and Diet* 36(1-2):31-46, [Elektronik Dergi].
- Ulukoca, N., Gökgöz, Ş. ve Karakoç, A. (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 230-234.
- Ünübol, H. & Sayar, G. H.(2019). Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu. Üsküdar Üniversitesi Yayınları. İstanbul. ISBN:978-605-9596-21-3
- Ünübol, H. ve Hızlı Sayar, G. (2019). Türkiye bağımlılık risk profili ve ruh sağlığı haritası proje sonuç raporu. İstanbul. ISBN:978-605-9596-21-3.
- Vardar, E., Erzenin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanımları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, C, 22, 4.
- Velioğlu, D. (2017). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon ile İlişkisi. *Düzce: Aile Hekimliği Anabilim Dalı*.
- Vocks, S., Tuschen- Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A., & Herpertz, S. (2010). Meta-Analysis of the Effectiveness of Psychological and Pharmacological Treatments for Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 205-217. doi:10.1002/eat.20696
- Watson, N. L., et al. (2018). "Cigarette craving and stressful social interactions: The roles of state and trait social anxiety and smoking to cope." *Drug and Alcohol Dependence* 185: 75-81.
- White, MA., Grilo, CM.(2006). Psychiatric comorbidity in binge-eating disorder as a function of smoking history. *J Clin Psychiatry* ; 67: 594-599.

- White, MA., Grilo, CM.(2007). Symptom severity in obese women with binge eating disorder as a function of smoking history. *Int J Eat Disord* ; 40: 77-81.
- WHO report on the global tobacco epidemic, (2013): enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship: World Health Organization.
- WHO. (2006). Additives, Cigarette Design and Tobacco Product Regulation, A Report To: World Health Organization, Tobacco Free Initiative, Tobacco Product Regulation Group, Kobe, Japan.
- WHO.(2015). Fact sheet on ingredients in tobacco products.
- World Health Organization (2010). Gender, Woman, and the Tobacco Epidemic. Erişim: https://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/
- World Health Organization. (2020). Tobacco. Erişim:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Yager, J., & Powers, P. S. (2007). *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington, DC & London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Yavuz, M. (2020). Nikotin bağımlılığında psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlüklerinin rolü (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi: İstanbul.
- Yazıcı, H. (2002). Bilişsel davranışçı sigara içmeyi bırakma programının depresyonlu, sosyal anksiyeteli ve normal içicilerden oluşan gruplardaki etkililiğinin araştırılması. Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, Trabzon.
- Yerli, Y. (2019). Doğu Anadolu Bölgesi'nde Sigara Bağımlılığı, Psikolojik İyi Oluş ve Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi.
- Yorgancıoğlu, A., Esen, A. (2000). Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Derg.* ;1(1):90-5.
- Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol. *Klinik Gelişim*, 22(4), 39-44.
- Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim*, 22(4), 30-44.
- Zerbe, K. J. (2001). The Crucial Role of Psychodynamic Understanding in the Treatment of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 305-313. doi:10.1016/S0193-953X(05)70226-4
- Zhu, B. P., Giovino, G. A., Mowery, P. D., & Eriksen, M. P. (1996). The relationship between cigarette smoking and education revisited: implications for categorizing persons' educational status. *American Journal of Public Health*, 86(11), 1582-1589.
- Zuckerman, M., Ball, S., & Black, J. (1990). Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal, and situational motivation on smoking. *Addictive Behaviors*, 15, 209-220.

EKLER

EK-1 ANKET FORMU

25.12.2021 08:19

ANKET FORMU

ANKET FORMU

Sayın Katılımcılar,

Bu çalışma; "PANDEMİ SÜRECİNDE SİGARA BAĞIMLILIĞI VE YEME BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ" konulu tez çalışmasının uygulama kısmı ile ilgilidir. Yapılan araştırma tamamiyle akademik nitelikli olup çalışmadan elde edilecek bilgiler bilimsel amaca yönelik olarak kullanılacak ve alınan cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

İlerleme durumunu kaydetmek için [Google'da oturum açın](#) [Daha fazla bilgi](#)

* Gerekli

Cinsiyet *

Kadın

Erkek

Yaşınız *

Yanıtınız

Medeni Durumunuz *

Evli

Bekar

Boşanmış



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeEyEc707KMbuAqAcwf_27Fw3J7Ah_jmmXSY7Afvom4fkTerg/viewform

1/13

Öğrenim Durumunuz *

- İlkokul ve altı
- Ortaokul
- Lise
- Önlisans
- Lisans
- Yüksek Lisans
- Doktora

Aylık geliriniz? *

- 3000-5000 TL
- 5001-10000 TL
- 10000 TL Üzeri

Gelir algınız nedir? *

- Gelirim giderimden az
- Gelirim giderime eşit
- Gelirim giderimden fazla

Sizinle aynı evde yaşayan çocuğunuz var mı? *

- Evet
- Hayır

Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? *

Evet

Hayır

Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz? (yıl) *

Yanıtınız

Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz? *

Yanıtınız

Sigaraya kaç yaşında başladınız? *

Yanıtınız

Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi? *

Evet

Hayır

Evinizde sizin dışınızda sigara içen kimse var mı? *

Evet

Hayır

Pandemi sürecinde sigara kullanımınız nasıl değişti? *

- Sigara kullanımın arttı
- Sigara kullanımın değişmedi
- Sigara kullanımın azaldı

Alkol kullanımı var mı? *

- Evet
- Hayır

FAGERSTRÖM BAĞIMLILIK SKORLAMASI

Sigara bağımlılığınızı değerlendirmek için 6 Soruluk Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulanacaktır:

1.İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz? *

- a.Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3)
- b.6-30 dakika içinde (2)
- c.31-60. dakika içinde (1)
- d.1 saatten fazla (0)

2.Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

*

- a. Evet (1)
- b. Hayır (0)



3.İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? *

- a. Sabah ilk içtiği sigara (1)
- b. Diğer herhangi bir (0)

4.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? *

- a. 10 adet veya daha az (0)
- b. 11-20 adet (1)
- c. 21-30 adet (2)
- d. 31 veya daha fazlası (3)

5.Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? *

- a. Evet (1)
- b. Hayır (0)

6.Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz? *

- a. Evet (1)
- b. Hayır (0)

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YBDÖ)*

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

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız. Not: Seçenekleri görmekte zorlayıyorsanız yana kaydırabilirsiniz

*

	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? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

yemenizle ilgili
(örn. kalori
sınırlandırması)
belli kurallara
uymaya
çalıştınız?
(Başarılı olup
olmadığınız
önemli değildir.)

5. Bedeninizin
şeklini ya da
kilonuzu
etkilemek
amacıyla boş bir
mideye sahip
olmak için
belirgin bir arzu
duydunuz?

6. Tamamen düz
bir karına sahip
olmak için
belirgin bir arzu
duydunuz?

7. Yiyecek,
yemek yeme ya
da kalorilerle
ilgili düşünmenin,
ilgilendiğiniz
konulara (örn.
çalışma, bir
konuşmayı takip
etme ya da
okuma) yoğun-
laşmanızı çok
zorlaştırdığı
oldu?

8. Bedeninizin
şekli ve kiloyla
ilgili düşünmenin,
ilgilendiğiniz
konulara (örn.
işinize, bir
konuşmayı takip
etmenize ya da
okumanıza)
yoğunlaşmanızı
çok zorlaştırdığı
oldu?

9. Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?

10. Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?

11. Kendinizi şişman hissettiniz?

12. Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?

Adsız Başlık

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

13. Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz? *

Yanıtınız

14. Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ? *

Yanıtınız



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)? *

Yanıtınız

16. Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz? *

Yanıtınız

17. Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız? *

Yanıtınız

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? *

Yanıtınız

Adsız Başlık

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıknırcasına 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

20. Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.) *

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Yarıdan az
- Yarı yarıya
- Yarıdan fazla
- Çoğu zaman
- Her zaman



21. Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkıncasına yeme durumlarını saymayınız.) *

- 0-Hiç
- 1
- 2-Biraz
- 3
- 4-Orta
- 5
- 6-Önemli

Adsız Başlık

Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız. Not: Seçenekleri görmekte zorlayıyorsanız yana kaydırabilirsiniz



*

	0-Hiç	1	2-Biraz	3	4-Orta	5	6-Önemli
1. Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi ? Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz? Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25.12.2021 08:19

ANKET FORMU

duş
yaparken)?

5.
Başkalarının
bedeninizin
şeklini görme-
sinden ne
derece
rahatsız
oluyorsunuz?
(örn.
Soyunma
odalarında,
yüzerken ya
da dar
elbiseler
giyerken)

Gönder

Formu temizle

Google Formlar üzerinden asla şifre göndermeyin.

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır. [Kötüye Kullanımı Bildirme](#) - [Hizmet Şartları](#) - [Gizlilik Politikası](#)

Google Formlar



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeEyEc707KMbuAqAcwf_27Fw3J7Ah_jmmXSY7Afvom4fkTerg/viewform

13/13