

T.C  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

OBEZİTE TANISI ALMIŞ KADINLARIN OBEZİTE  
DERECELERİ İLE PROBLEMLİ YEME DAVRANIŞLARI  
ARASINDAKİ İLİŞKİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Gülseren KAYA GÜNDÜZ

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Elif GÜNERİ YÖYEN

İSTANBUL – 2016



T.C  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**OBEZİTE TANISI ALMIŞ KADINLARIN OBEZİTE  
DERECELERİ İLE PROBLEMLİ YEME DAVRANIŞLARI  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Gülseren KAYA GÜNDÜZ**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Elif GÜNERİ YÖYEN**

**İSTANBUL – 2016**

## TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Gülseren KAYA GÜNDÜZ
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Obezite Tanısı Almış Kadınların Obezite Dereceleri ile Problemlü Yeme Davranışı İlişkisi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- BİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 2016
- SAYFA SAYISI** : 96
- TEZ DANIŞMANI** : Yrd. Doç. Dr. Elif GÜNERİ YÖYEN
- DİZİN TERİMLERİ** : Obezite, Problemlü Yeme Davranışı, Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı Yeme, Dışsal Yeme
- TÜRKÇE ÖZET** : Bu çalışmanın amacı, obezite teşhisi almış kadınların, obezite dereceleri ile problemlü yeme davranışı arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Obezitenin problemlü yeme davranışı ile ilgili sebeplerini ve BKİ (Beden Kitle İndeksi)deki artışın problemlü yeme davranışı farklılık gösterip göstermediğine açıklık kazandırmak üzere yapılmıştır.
- Araştırma, Kamu Hastaneler Birliği İstanbul Küçükçekmece Bölgesi Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi'nde muayene olup, diyet polikliniğine yönlendirilen Beden Kitle İndeksi (BKİ) 25 ve üzeri olan, 18 – 55 yaş aralığında 103 obez kadın ile yürütülmüştür.
- Çalışma için katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu ile birlikte sosyodemografik özellikleri içeren form ve Hollanda Yeme Davranış Testi (DEBQ) uygulanmıştır.
- Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket

programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik metotlarının yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov dağılım testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. İki niceliksel verinin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar 0,95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda; Katılımcıların BKİ'leri değerlendirildiğinde 103 kadın katılımcıdan oluşan örneklemin %29,1' i Grade 1, %32,1' i Grade 2, %29,1' i Grade 3 ve %9,7' si Grade 4 olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların dışsal yeme , kısıtlayıcı ve duygusal yemeye oranla yüksek bulunmuştur.Ancak , BKİ artışı ile problemlili yeme davranışı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Katılımcıların duygusal yeme puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkeni istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkenine göre arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ailedeki kişi sayısı arttıkça dışsal yeme davranışı artmış ve anlamlı bir fark bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapanlarda dışsal yeme puanları, düzenli fiziksel aktivite yapmayanlara göre anlamlı bir fark saptanmıştır. Su tüketimi ve kısıtlayıcı yeme davranışında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların duygusal durumlarının beslemeleri üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

## **DAĞITIM LİSTESİ**

1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

*Gülseren KAYA GÜNDÜZ*

## 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.

Gülseren KAYA GÜNDÜZ

.././2016



## JÜRİ ÜYELERİNİN KABUL VE ONAY SAYFASI

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Gülseren GÜNDÜZ'ün Obezite Tanısı Almış Kadınların Obezite Dereceleri ile Problemlü Yeme Davranışları Arasındaki İlişki adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan \_\_\_\_\_  
Yrd.Doç.Dr.Necmettin  
AKSOY

Üye \_\_\_\_\_  
Yrd.Doç.Dr.Elif GÜNERİ  
YÖYEN (Danışman)

Üye \_\_\_\_\_  
Yrd.Doç.Dr.Güzin  
Mukaddes SEVİNÇER

\_\_\_\_\_

Üye

\_\_\_\_\_

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2016

*İmzası*

*Doç.Dr. Ragıp Kutay Karaca*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Obezite, tüm dünyada ve Türkiye’de beraberinde hızla artan hipertansiyon, dislipidemi, Tip 2 diabetes mellitus, koroner kalp hastalığı, inme, psikiyatrik problemler, osteoartrit, uyku apnesi ve kanser gibi sağlık risklerine neden olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Obezite, yaşam kalitesindeki düşüş, ekonomik kayıplar, iş gücü verimliliğinin azalmasını veya kayıplarını da beraberinde getirmektedir. Bu durum sadece obez bireyi değil ,aileyi,iş hayatını ,sosyal yaşantıyı, dolayısıyla toplumu da etkileyen fizyolojik, sistemik, metabolik ,hormonal, organik,, psikolojik, estetik ve sosyal sorunlara da neden olmaktadır. Obezitenin oluşmasında çok fazla etken vardır, problemlili yeme davranışları bu etkenlerden biridir.

Bu çalışma, Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi’nde muayene olup, diyet polikliniğine yönlendirilen BKİ 25 ve üzeri olan, 18 – 55 yaş üzeri ve menapoza girmemiş,103 obez kadının, obezite derecelerinin problemlili yeme davranışı ilişkisi belirlemek üzere yapılmıştır.

Hastaların sosyodemografik özellikleri bilgi formu aracılığıyla belirlenmiştir. DEBQ uygulanmıştır. Bu test problemlili yeme davranışını, kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme olmak üzere problemlili yeme davranışını üç alt boyut üzerinden ayrı değerlendirmektedir. paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik metotlarının yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov dağılım testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. İki niceliksel verinin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar 0,95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada elde edilen veriler; çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $32,5 \pm 9,2$  yaş, BKİ ortalaması  $33,5 \pm 4,9$   $\text{kg/m}^2$ ’dir. Hastaların 30’u (% 29,1) BKİ 25-29,9 Grade 1, 33’ü (% 32,1) BKİ 30-34,9 Grade 2, 30’u (29,1) BKİ 35-39,9 Grade 3 ve 10’u (% 9,7) BKİ  $\geq 40$  Grade 4 olarak belirlenmiştir. Hastaların duygusal ve kısıtlayıcı dışsal yeme puanları ortalamalarının BKİ; grup ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Hastaları dışsal yeme puanları yüzdesi yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Araştırmaya katılanların duygusal durumlarının iştahlarını arttığı yönde yeme davranışını değiştirdiği bulunmuştur. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ( $p = 0,001 < 0,05$ ). Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının



ağırlığında artış ile çevre görüşme değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,008<0,05$ ). Dışsal yeme ile düzenli fiziksel aktivite arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,037<0,05$ ). BKİ ile kısıtlayıcı yeme arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p=0,591>0,05$ ). Ailedeki birey sayısı ile dışsal yeme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,02<0,05$ ). Su tüketimi ve kısıtlayıcı yeme arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,028<0,05$ ).

BKİ 40 ve üzeri kronik hastalığı olmayan 10 hasta bulunmuştur. Bu bulgu BKİ arttıkça eşlik eden hastalık ve kullanılan ilaçların arttığını düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, BKİ, Problemlı Yeme Davranışı, Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı Yeme, Dışsal Yeme



## SUMMARY

Obesity is a serious health problem increasing in prevalence all over the world and in Turkey, causing health risks such as hypertension, dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus, coronary heart disease, stroke, psychiatric problems, osteoarthritis, sleep apnea, and cancer. Obesity causes reduction in quality of life, economical losses, and decrease or loss of work force productivity. This also leads to physiological, systemic, metabolic, hormonal, organic, psychological, aesthetic and social problems which affect not only the obese individual but also the family, work life, social life and consequently the society. There are many factors related to the development of obesity, eating style is one of these factors.

This study was conducted to determine the relation of the degrees of obesity on in 103 women with problematic eating behavior BMI over 25, aged 18-55, who were examined at Avcılar Murat Kölük State Hospital and referred to the diet polyclinic.

The patient's sociodemographic characteristics were determined via an information form. DEBQ was applied. This test evaluates problematic eating behavior on three dimensions in respect to restrained eating, emotional eating and external eating yielding three separate scale scores .

SPSS 21.0 statistics program was used in the evaluation of data obtained in our study. Besides descriptive statistical methods the Kolmogorov-Smirnov distribution test was employed for evaluating normal distribution of the data during data analysis. Kruskal Wallis test was used for comparison of quantitative data obtained between groups and for determining the difference between two groups Mann Whitney-U test was employed. Associations between quantitative data were investigated with Spearman Correlation Analysis. Results within the confidence interval of 0,95 , with  $p < 0,05$  were accepted to be statistically significant..

From the data obtained in the study the average age and BMI of the participating patients were determined to be  $32,5 \pm 9,2$  years and  $33,5 \pm 4,9$  kg/m<sup>2</sup> respectively. About 30% (29,1%) of the patients were determined to have BMI range of 25-29,9 Grade 1, 33 % (32,1%) were determined to have BMI range of 30-34,9 Grade 2, and 30'% (29,1%) with BMI range of 35-39,9 Grade 3 and 10% (9,7%) had BMI  $\geq$  40 Grade 4. No significant difference was observed between BMI groups in respect to the patient's emotional, restraint and external eating scores. No significant association was observed between patient's emotional, restrained, external eating scale scores and BMI group averages ( $p > 0,05$ ). Although the percentage of restrained eating style scores of patients higher this finding was not found to be statistically significant

( $p > 0,05$ ). The emotional state of participants was found to affect their eating behavior by increasing appetite and this association was found to be statistically significant. A statistically significant difference was observed in the Patient's average emotional eating scale scores in respect to the environmental communication variable as their weight increased ( $p = 0,001 < 0,05$ ). A statistically significant difference was also observed in the Patient's average external eating scale scores in respect to the environmental communication variable as their weight increased ( $p = 0,008 < 0,05$ ). A significant difference was found in external eating scores in respect to physical activity ( $p = 0,037 < 0,05$ ). No statistically significant association was found between BMI and restrained eating ( $p = 0,591 > 0,05$ ). A significant association was found between number of individuals in the family and external eating ( $p = 0,02 < 0,05$ ). A positive correlation was observed between water consumption and restrained eating ( $p = 0,028 < 0,05$ ).

There were only ten patients in the group with BMI 40 and above who were not chronically ill. This finding leads to the assumption that as BMI increases, illness and the use of medication also increases.

**Anahtar Kelimeler:** Obesity, BMI, Problematic Eating Behavior, Emotional Eating, Restrained Eating, External Eating.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
SUMMARY .....	III
İÇİNDEKİLER.....	V
KISALTMALAR.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
EKLER LİSTESİ.....	XI
ÖNSÖZ.....	XII
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
OBEZİTENİN GENEL ÖZELLİKLERİ	
1.1. Obezite .....	5
1.1.1. Obezitenin Tanımı .....	5
1.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Obezite Sıklığı ve Dağılımı .....	5
1.1.2.1. Dünya’da Obezite Sıklığı ve Dağılımı.....	6
1.1.2.2. Türkiye’de Obezite Sıklığı ve Dağılımı .....	6
1.1.3. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri .....	8
1.1.3.1. Doğrudan Ölçüm.....	8
1.1.3.2. Dolaylı Ölçüm .....	8
1.1.4. Obezitenin Etiyolojik Sınıflandırılması.....	10
1.1.4.1. Santral Sinir Sistemi Zedelenmesi .....	11
1.1.4.2. Genetik Faktörler .....	11
1.1.4.3. Endokrin .....	11
1.1.4.4. Psikolojik Etmenler .....	11
1.1.4.5. Fiziksel Aktivite ve Çevresel Etmenler.....	12
1.1.5. Obezite Tedavisinde Kullanılan Yöntemler .....	12
1.1.5.1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi .....	12
1.1.5.2. Egzersiz Tedavisi.....	14
1.1.5.3. Farmakolojik Tedavi.....	14
1.1.5.4. Cerrahi Tedavi (Bariatrik Cerrahi) .....	15
1.1.5.5. Davranış Değişikliği Tedavisi .....	16
1.1.6. Obezitenin Komplikasyonları .....	17
1.1.6.1. Obezite ve Kanser .....	17
1.1.6.2. Obezite ve Metabolik Sendrom .....	18
1.1.6.3. Obezite ve Hipertansiyon .....	18
1.1.6.4. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar.....	19

1.1.6.5. Obezite ve Psikiyatrik Hastalıklar .....	20
1.1.6.6. Obezite ve Uyku Apnesi.....	20
1.2. Yeme	
Bozuklukları .....	21
1.2.1. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi .....	22
1.2.1.1. Bireysel Faktörler .....	22
1.2.1.2. Ailesel Faktörler .....	24
1.2.1.3. Sosyokültürel Faktörler .....	25
1.2.1.4. Gelişimsel Faktörler .....	26
1.2.1.5. Psikososyal Faktörler.....	26
1.2.2. Yeme Bozukluklarının Tanı Kriterleri .....	28
1.2.3. Anoreksiya Nervoza .....	29
1.2.4. Bulimiya Nervoza .....	31
1.2.5. Tıkanırcasına Yeme (Aşırı Yeme) Davranış Bozukluğu .....	32
1.2.6. Obezite ve Emosyonel Yeme .....	33
1.2.7. Yeme Davranışının Nöropsikolojik Yanı.....	34
1.2.8. Yeme Davranışları İle İlgili Teoriler .....	35
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>YÖNTEM</b>	
2.1. Araştırma Modeli.....	40
2.2. Araştırma Örnekleme .....	40
2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	43
2.3.1. Bilgi Toplama Formu .....	43
2.3.2. Hollanda Yeme Davranışı Testi (DEBQ).....	44
2.4. İşlem Veri Analiz Teknikleri .....	44
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	
<b>BULGULAR VE YORUMLAR</b>	
3.1. Bulgular ve Yorumlar .....	45
<b>SONUÇ</b> .....	85
<b>KAYNAKÇA</b> .....	89
<b>EKLER</b> .....	-
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	-

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>a-MSH</b>	: a-Melanosit-Uyarıcı Hormon
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>GH</b>	: Büyüme Hormonu
<b>DEBQ</b>	: Hollanda Yeme Davranış Testi
<b>NHANES</b>	: National Health and Nutrition Examination Survey
<b>POMC</b>	: Proopiomelano-Kortin
<b>PCOS</b>	: Polikistik Over Sendromu
<b>TEKHARF</b>	: Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörlerinin Araştırılması
<b>TURDEP</b>	: Obezite Prevalans Çalışması
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü

**TABLolar LİSTESİ****SAYFA**

<b>Tablo-1:</b> Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri .....	41
<b>Tablo-2:</b> Araştırmaya Katılanların İlaç Kullanma Durumları İle İlgili Bulgular .....	42
<b>Tablo-3:</b> Araştırmaya Katılanların Vücut Ölçüleri Bulguları .....	45
<b>Tablo-4:</b> Araştırmaya Katılanların BKİ Dağılımları .....	46
<b>Tablo-5:</b> Araştırmaya Katılanların DEBQ Yeme Davranışı Bulguları.....	47
<b>Tablo-6:</b> DEBQ Yeme Davranışının BKİ Gruplarına Göre Dağılımı .....	47
<b>Tablo-7:</b> Araştırmaya Katılanların Duygusal Durumlarının Beslenmelerine Etkisi ...	48
<b>Tablo-8:</b> DEBQ Yeme Davranışının Sinirli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı ...	49
<b>Tablo-9:</b> DEBQ Yeme Davranışının Karamsarlık Değişkenine Göre Dağılımı .....	50
<b>Tablo-10:</b> DEBQ Yeme Davranışının Öfkeli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı .....	51
<b>Tablo-11:</b> DEBQ Yeme Davranışının Endişeli Değişkenine Göre Dağılımı.....	52
<b>Tablo-12:</b> DEBQ Yeme Davranışının Mutlu Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı ..	53
<b>Tablo-13:</b> DEBQ Yeme Davranışının Sevinçli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı.....	54
<b>Tablo-14:</b> DEBQ Yeme Davranışının Duygusal Durumun Beslenmeye Etkisi Değişkenine Göre Dağılımı .....	54
<b>Tablo-15:</b> DEBQ Yeme Davranışının Ailedeki Kişi Sayısına Göre Dağılımı.....	56
<b>Tablo-16:</b> Araştırmaya Katılanların Ailesindeki Kilolu Birey Durumu.....	57
<b>Tablo-17:</b> Araştırmaya Katılanların Geçmişte Aşırı Kilolu Olma Durumu .....	58
<b>Tablo-18:</b> DEBQ Yeme Davranışının Çocukken Çevre Tarafından Kilolu Olduğu Değişkenine Göre Dağılımı .....	58
<b>Tablo-19:</b> DEBQ Yeme Davranışının Çocukluğunda Kilolu Olma Değişkenine Göre Dağılımı .....	59
<b>Tablo-20:</b> Araştırmaya Katılanların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları İle İlgili Bulgular .....	59
<b>Tablo-21:</b> DEBQ Yeme Davranışının Alkol Değişkenine Göre Dağılımı .....	60
<b>Tablo-22:</b> DEBQ Yeme Davranışının Sigara Değişkenine Göre Dağılımı .....	60
<b>Tablo-23:</b> Araştırmaya Katılanların Fiziksel Aktivite Yapma Durumları İle İlgili Bulgular .....	61
<b>Tablo-24:</b> DEBQ Yeme Davranışının Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Değişkenine Göre Dağılımı .....	62
<b>Tablo-25:</b> DEBQ Yeme Davranışının Haneye Giren Toplam Gelir Değişkenine Göre Dağılımı .....	63
<b>Tablo-26:</b> DEBQ Yeme Davranışının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı ..	64

<b>Tablo-27:</b> DEBQ Yeme Davranışının Yaş Grubu Değişkenine Göre Dağılımı .....	65
<b>Tablo-28:</b> DEBQ Yeme Davranışının Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı ..	65
<b>Tablo-29:</b> DEBQ Yeme Davranışının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı.....	66
<b>Tablo-30:</b> Araştırmaya Katılanların Uyku Durumları İle İlgili Bulgular.....	66
<b>Tablo-31:</b> DEBQ Yeme Davranışının Günde Kaç Saat Uyur Değişkenine Göre Dağılımı.....	67
<b>Tablo-32:</b> DEBQ Yeme Davranışının Uyku Saatleri Düzenli Değişkenine Göre Dağılımı.....	67
<b>Tablo-33:</b> DEBQ Yeme Davranışının Gece Uykudan Uyanıp Bir Şeyler Yeme Değişkenine Göre Dağılımı .....	68
<b>Tablo-34:</b> Araştırmaya Katılanların Yemek Yeme ve Sıvı Tüketimi Bulguları.....	69
<b>Tablo-35:</b> Araştırmaya Katılanların Çay ve Kahve İçme Durumlarına İlişkin Bulgular .....	69
<b>Tablo-36:</b> DEBQ Yeme Davranışının Kahve İçme Değişkenine Göre Dağılımı .....	70
<b>Tablo-37:</b> DEBQ Yeme Davranışının Kahvede Şeker Değişkenine Göre Dağılımı ..	70
<b>Tablo-38:</b> DEBQ Yeme Davranışının Çay İçme Değişkenine Göre Dağılımı .....	71
<b>Tablo-39:</b> DEBQ Yeme Davranışının Çayda Şeker Kullanma Değişkenine Göre Dağılımı.....	71
<b>Tablo-40:</b> Araştırmaya Katılanların Diyet Yapma Durumları İle İlgili Bulgular .....	72
<b>Tablo-41:</b> DEBQ Yeme Davranışının Daha Önce Zayıflamaya Yönelik Çaba Değişkenine Göre Dağılımı .....	73
<b>Tablo-42:</b> DEBQ Yeme Davranışının Daha Önceki Zayıflama Yöntemlerinde Başarı Değişkenine Göre Dağılımı .....	74
<b>Tablo-43:</b> DEBQ Yeme Davranışının Diyet Yaptığı Zamanlarda Aile Destek Değişkenine Göre Dağılımı .....	74
<b>Tablo-44:</b> DEBQ Yeme Davranışının Ağırılığında Artış Olduğu Zaman Çevre İle Görüşme Değişkenine Göre Dağılımı .....	75
<b>Tablo-45:</b> Araştırmaya Katılanların Yemek Yeme Düzeni İle İlgili Bulgular.....	76
<b>Tablo-46:</b> Araştırmaya Katılanların Öğün Yeme Yerleri İle İlgili Bulgular .....	78
<b>Tablo-47:</b> DEBQ Yeme Davranışının Kahvaltının Genellikle Nerede Yapıldığı Değişkenine Göre Dağılımı .....	79
<b>Tablo-48:</b> DEBQ Yeme Davranışının Yemek Yeme Hızı Değişkenine Göre Dağılımı.....	79
<b>Tablo-49:</b> DEBQ Yeme Davranışının Ana Öğün Atlama Nedeni Değişkenine Göre Dağılımı.....	80



<b>Tablo-50:</b> DEBQ Yeme Davranışının Öğle Yemeğini Genellikle Nerede Değişkenine Göre Dağılımı .....	80
<b>Tablo-51:</b> DEBQ Yeme Davranışının İlk Öğünü Güne Başladıktan Kaç Saat Sonra Değişkenine Göre Dağılımı .....	81
<b>Tablo-52:</b> DEBQ Yeme Davranışının Akşam Yemeğini Genellikle Nerede Değişkenine Göre Dağılımı .....	81
<b>Tablo-53:</b> DEBQ Yeme Davranışının Düzenli Olarak Vitamin Mineral Desteği Değişkenine Göre Dağılımı.....	82
<b>Tablo-54:</b> DEBQ Yeme Davranışının Öğün Atlama Değişkenine Göre Dağılımı.....	82
<b>Tablo-55:</b> DEBQ Yeme Davranışı İle İlişkilere Dair Korelasyon.....	83



## EKLER LİSTESİ

**EK-A:** Bilgilendirilmiş Onam Formu

**EK-B:** Sosyodemografik Bilgi Formu

**EK-C:** Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

**EK-D:** Tez İzin Formu



## ÖNSÖZ

Uzun bir aradan sonra akademik anlamda ara verdiğim eğitime Psikoloji alanına olan kişisel ilgim ve Diyetisyen rolümü zenginleştirmek için başladım. Vakıf üniversitelerin varlığı ile bu konudaki açlığımı giderme yolunda akademik anlamda bir şans yakalamış olmaktan son derece mutluyum. Zorlu geçen üç yıllık eğitim süresince değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Arel Üniversitesi ve İstanbul Gelişim Üniversitesindeki tüm hocalarıma teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez danışmanım, Yrd. Doç. Dr. Elif GÜNERİ YÖYEN'e ilgisi ve desteği için çok teşekkür ederim.

İstatistiksel çalışmalarda bilgi, destek ve ilgisini hiç esirgemeyen Biyoistatistik Uzmanı sevgili Ceyda AFACAN'a en içten sevgilerimle teşekkür ederim. Bu güzel tanışıklığı sağlayan tez hocama ayrıca teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimi tamamlama aşamasına gelmemde desteğini, sabrını, ilgisini, esirgemeyen her tükenişimde yüreklendiren hayatımı kolaylaştıran sevgili hayat arkadaşım Hüseyin GÜNDÜZ'e ve sevgili kızım Duru Adal GÜNDÜZ'e, onlara ait zamanlarından çalmama gösterdikleri anlayış konusunda sonsuz teşekkür ederim.

Sevgili anne ve babama, yeni bir şeyler öğrenmenin verdiği coşkuyu, mutluluğu benimle birlikte hisseden ve bu duyguyu yaşamam için destekleyen sevgili kardeşlerim Azime KAYA YILDIRIM'a, Birnaz KAYA KELEŞ'e ve Ayten KAYA GÖRGÜN'e her zaman yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Benim için zorlu geçen bu süreçte bana destek olan, Yrd. Doç. Dr. Ferda Şule KAYA'ya, Psk. Nur EVİRGEN'e, Dilek ALTIOKKA, mesai arkadaşlarım Dyt. Selis ATAKAN'a, Özcan GÜBEL'e ve Murat DEMİRBAŞ'a teşekkür ederim. Hayatlarımızın Sosyal Bilimler Enstitüsünde kesiştiği sevgili dönem arkadaşlarım Yasemin ÖZKAN, Hale UZUN', İ.G.Ü.S.B.E Genel Sereteri Faruk Bey ve Damla Hanım'a, bir aile sıcaklığı ile her sıkıntımıza çözümcül yaklaşıma becerileri ve sabırları için teşekkür ederim.

Son olarak bu çalışmaya katılarak destek veren tüm gönüllülere teşekkür ederim.

## GİRİŞ

Hiçbir canlı yaşamını beslenmeden sürdüremez. İnsanoğlu yaşama adım attığı ilk andan ölünceye kadarki hayat mücadelesinde beslenme hep önemli olmuştur. Yeni doğan bebek açlığın yarattığı fiziksel rahatsızlığını emzirme sonucu giderirken ilk rahatlama duygusunu da bununla beraber hissetmektedir. Yaşamın ilk yıllarında hiçbir hayati işlev organizmanın ruhsal ve fiziksel dünyasında beslenmeden daha etkili değildir.

Bilimin ilerlemesi ve teknolojik uygulamaları alanındaki hızlı gelişme ile ekonomik gücün artmış olması, yetersiz beslenmeyle ilgili büyük sağlık sorunlarının azalmasına karşılık aşırı beslenme ve enerji fazlalığına ilişkin sağlık sorunu olan obeziteyi gündeme getirmiştir. Obezite kelimesinin günümüzdeki kullanımında, şişmanlık anlamı yüklenmiştir.

Sağlık, bedenen ve ruhen iyi olma halidir. Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “yağ miktarının adipoz dokuda sağlığı bozacak ölçüde anormal ve aşırı miktarda artışı” olması şeklinde tanımlar. Bu durum, aşırı gıda tüketimi ile fazlaca enerji alımı, yetersiz enerji harcaması veya her ikisinin birlikte sebep olduğu uzun süreli enerji dengesizliğidir. Obezite hesaplanmasında; mevcut kilo, boyun metre cinsinden karesine bölünmesi ile elde edilir. Bu veriye Beden Kitle İndeksi (BKİ) denir ve uluslararası kabul gören pratik bir ölçü olup, BKİ  $\geq 24,9$  kg/m<sup>2</sup> ye kadar normal kabul edilir. Bu rakam yükseldikçe obezitenin derecesi de yükselir.

Obezite, tüm dünyada ve Türkiye’de beraberinde hızla artan diyabet, kalp hastalığı, kanser, eklem problemleri, solunum problemleri ve psikiyatrik problemler gibi sağlık riskleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite, yaşam kalitesinde düşüş, ekonomik kayıplar, iş gücü verimliliğinin azalması veya kayıplarını da beraberinde getirmektedir. Bu sorun sadece obez bireyi değil, aileyi, iş çevresindekileri, dolayısıyla toplumu da etkileyen fizyolojik, sistemik, metabolik, hormonal, organik, psikolojik, estetik ve sosyal sorunlara yol açabilen bir hastalıktır. Obezitenin, kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden daha fazladır.

Obezitenin etiyolojisinde ve patogeneğinde çok fazla etken vardır. Genetik yatkınlık ile birlikte, kişilik yapısı, ekonomi, kültür, azalan fiziksel aktivite düzeyi ve psiko-sosyal etkenlerin her biri oldukça önemlidir.

Yeme tutumu bireyin beslenmeyle ilgili tüm bilgi, düşünce, davranış ve duygularını oluşturan eğilim şeklinde ifade edilebilir. Bu davranış fizyolojik, sosyal, demografik, coğrafi, ekonomik, kültürel koşullarla birlikte, bireyin algısı, besinlerle ilgili önceki deneyimleri ve beslenme durumundan etkilenir. Bu eğilimin bazan

problemlı bir davranışa dđnđřđrse yanlış bir beslenme davranışına yđnelmesi obezitenin oluşmasına ve artmasına sebep olabilir

### **Problem**

Bu çalışmanın amacı, obezite teşhisi almış kadınların, obezite dereceleri ile problemlı yeme davranışları arasındaki ilikeyi saptamak ve BKİ artışı ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek üzerinedir. Duygusal Yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışı ile BKİ artışı arasında bir ilişki var mıdır?

### **Alt Problemler**

Araştırmaya katılanların duygusal durumlarının problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının sinirli hissetme , karamsar hissetme, đfkeli hissetme ,endişeli hissetme, sevinçli hissetme değişkenleri ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının ailedeki kişi sayısına ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Araştırmaya katılanların ailesindeki kilolu birey durumu problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Araştırmaya katılanların sigara, alkol, sıvı tđketimi davranışının obeziteye etkisi var mıdır?

DEBQ yeme davranışının sigara değişkeni ile yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Araştırmaya katılanların fiziksel aktivite yapma durumları ile yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının haneye giren toplam gelir değişkeni ile yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının eğitim durumu ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının yaş grubu değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

DEBQ yeme davranışının medeni durum değişkeni ile yeme tutumları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının çalışma durumu değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının günde kaç saat uyuduğu değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

DEBQ yeme davranışının uyku saatleri düzenli değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

DEBQ yeme davranışının çay ve kahvede şeker değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının diyet yaptığı zamanlarda aile desteği değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Yeme davranışının ağırlığında artış olduğu zaman sosysl çevre ile görüşme değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Araştırmaya katılanların öğün yeme yerleri ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

DEBQ yeme davranışının ana öğün atlama nedeni değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

DEBQ yeme davranışının düzenli olarak vitamin mineral desteği değişkeni ile problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

## **Önem**

Obezite, dünyada ve ülkemizde pek çok çalışmanın konusu olmuştur. Ancak obezitenin oluşumunda yeme tutumlarının etkisi ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma özellikle sadece obezite derecesinin problemlı yeme davranışları arasında ilişki var mıdır?

Türkiye'de bu alanda ilk çalışmalardan biri olması yönüyle literatüre katkıda bulunacağını düşünölmektedir.

## **Sınırlılıklar**

Araştırma, Kamu Hastaneler Birliği İstanbul Küçükçekmece Bölgesi Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi'nde muayene olup, diyet polikliniğine yönlendirilen BKİ 25 ve üzeri olan, 18 – 55 yaş üzeri 103 obez kadın denekle sınırlıdır.

## **Varsayımlar**

1. Araştırmaya katılanların DEBQ Yeme davranış testindeki soruları durumlarını tam yansıtacak şekilde objektif olarak doğru cevapladıkları varsayılmıştır.
2. Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının araştırmanın amacına uygun olduğu ve problemi açığa çıkaracak güçte olduğu varsayılmaktadır.
3. Araştırmada obezitenin oluşumunu etkileyen ilaç alımının olmaması için katılımcıların diabet ve depresyona yönelik ilaç kullanmamaları istenmektedir. Ancak katılımcılardan 1 kişi diyabete yönelik, 1 kişi depresyona yönelik ilaç kullanmaktadır. Ancak ilaç alımları 1 haftayı geçmediği için mevcut yeme davranışı etkilemediği varsayılmıştır.

## Tanımlar

Bu araştırmada kullanılan temel kavramlar;

**Obezite:** Obezite, vücut yağ kütlesinin yağsız vücut kütlesine oranla artması ile karakterize olan ve vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan kronik bir hastalıktır. Obeziteden söz edebilmek için erkeklerde yağ miktarı % 25'i, kadınlarda % 30'u geçmesi gerekmektedir.<sup>1</sup>

**Beden Kitle İndeksi:** Vücuttaki yağ dokusu miktarını tahmini olarak göstermek için pratikte BKİ'ne bakılmaktadır. BKİ'ni belirlemek için aşağıdaki formül kullanılmaktadır.

Beden Kitle İndeksi = Vücut ağırlığı (kg) / Boy<sup>2</sup> (m)

Bu formülle bulunan değer 25 ve üzeri olması durumunda elde edilen bu rakama göre obezite durumu grade olarak değerlendirilir.<sup>2</sup>

**Problemlili Yeme Davranışı:** Bireyin yeme ve beslenmeyle ilgili tüm bilgi, düşünce, davranış ve duygularını oluşturan eğilime tutum denir.<sup>3</sup> Problemlili yeme davranışı-tutumu kişinin fizyolojik olarak aç olmamasına rağmen hangi sebeplerden dolayı yeme davranışının gerçekleştiğine ilişkin dışal yeme,kısıtlayıcı yeme ya ve duydusal yeme olarak kavramlaştırılan sebeplerle ilişkisini ortaya koymaktır.

<sup>1</sup> Ayşe Baysal, *Beden Ağırlığının Denetimi. Diyet El Kitabı*. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2013, s. 44.

<sup>2</sup> Baysal, a. g. e., s. 45.

<sup>3</sup> Çiğdem Kağıtçıbaşı, *Günümüzde İnsan ve İnsanlar Sosyal Psikolojiye Giriş*, 13. Basım. Evrim Yayınevi, İstanbul, 2012, s. 109.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### OBEZİTENİN GENEL ÖZELLİKLERİ

#### 1.1. OBEZİTE

Obezite, günümüzde ülkemizde ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

##### 1.1.1. Obezitenin Tanımı

Obezite, vücut bulunan yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize olan ve vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan kronik bir hastalıktır.<sup>4</sup>

Vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize kronik bir hastalık olan obezite<sup>5</sup>, her geçen gün hızla artmakta ve beraberinde pek çok hastalığı tetiklemektedir. WHO tarafından obezite; “yağ dokusunda sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikmesi” şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>6</sup>

Obezite şişmanlık ile aynı anlamda kullanılmakta olup, enerji tüketiminin fazla, enerji harcamanın az olduğu durumlarda görülen bir sorundur. Beden kitlesinin sağlıklı erkeklerde %15-20'sini, sağlıklı kadınlarda %25-30'unu oluşturan yağ dokusu oluşturur. Obezite bu oranların üzerindeki yağ miktarının artışı ile karakterize bir durumdur.<sup>7</sup>

##### 1.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Obezite Sıklığı ve Dağılımı

Obezite sebep olduğu birçok hastalık nedeniyle ölüme sebebiyet vermektedir ve 1980 yılından bugüne kadar obez kişi sayısı yaklaşık ikiye katlanmıştır.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Ayla Gökmen Durgun, Bursa İlinde Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2012, s. 1 (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

<sup>5</sup> Berrin Zuhal Altunkaynak ve Elvan Özbek, “Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri”, **Van Tıp Dergisi**, 2006, Cilt: 13, Sayı: 4, 138-142, s. 138.

<sup>6</sup> Elife Erarslan ve İlhami Yüksel, “Obezite ve Gastrointestinal Kanseri İlişkisi”, **Yeni Tıp Dergisi**, 2011, Cilt: 28, Sayı: 4, 203-206, s. 203.

<sup>7</sup> Oğuz Köktürk ve Tansu Ulukavak Çiftçi, “Obezite-Hipoventilasyon Sendromu”, **Tüberküloz ve Toraks Dergisi**, 2003, Cilt: 51, Sayı: 1, 107-116, s. 109.

<sup>8</sup> İlgi Semin, “Obezite Fizyolojisi”, **Archives of Clinical Toxicology** 1, 2014, 2-7, s. 2.



### 1.1.2.1. Dünya’da Obezite Sıklığı ve Dağılımı

Obezite, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde orta ve üst gelir düzeyinde her geçen gün artış göstermektedir. Tüm dünyada yaygınlaşmakta ve görülme sıklığı giderek daha da artmaktadır.<sup>9</sup>

Obezitenin sıklığı ve dağılımı yönünden dünya çapında farklılıklar bulunmaktadır. WHO’nun 2008 verilerine göre, dünyada 1,4 milyar erişkin fazla kiloludur. Bu kişilerden 200 milyonun üzerinde erkek ve 300 milyon kadar kadın obezdir. Bu veriler doğrultusunda dünyadaki erişkin nüfusunun %10’dan fazlasında obezite mevcuttur. 2011 yılı verilerine göre ise 5 yaş altı çocukların 40 milyondan fazlası aşırı kiloludur.<sup>10</sup> Obezite hakkında elde edilen veriler kadınlarda erkeklere göre daha yaygın bir şekilde obezite görüldüğünü göstermektedir.

Obezite, dünya genelinde önde gelen ölüm nedenleri sıralamasında beşinci sırada yer almaktadır. Her yıl en az 2,8 milyon kişi kilolu veya obez olduğu için yaşamını yitirmektedir. Ayrıca obezite eşliğinde, %44 oranında diyabet, %23 oranında iskemik kalp hastalığı ve %7-41 oranında ise bazı kanser türleri görülmektedir.<sup>11</sup>

WHO tarafından Uluslararası Kalp-Damar Hastalıklarını İzleme Programı (MONICA) çalışmasında Afrika, Avrupa ve Asya’nın 6 farklı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren obezite prevalansında 10 yıllık bir sürede %10-30 arasında bir artış olduğu bulunmuştur.<sup>12</sup>

### 1.1.2.2. Türkiye’de Obezite Sıklığı ve Dağılımı

Türkiye’de yapılan Obezite Prevalans Çalışmasında (TURDEP I) obezite prevalansı % 22,3 olarak bulunmuştur. 2010 yılında yapılan TURDEP II çalışmasında ise Türkiye’deki obezite oranının % 32’ye yükseldiği saptanmıştır.<sup>13</sup>

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı’na göre; Türkiye’de obezitenin görülme sıklığı yetişkinlerde diğer ülkelerde olduğu gibi gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılındaki Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre erkeklerde % 20,5, kadınlarda ise % 41,0 olarak belirlenmiş olup, toplamda % 30,3 olduğu saptanmıştır.

<sup>9</sup> Gökmen Durgun, a.g.e., s. 1.

<sup>10</sup> Semin, a.g.e., s. 2.

<sup>11</sup> Gülsüm Memi, Obezite ile İndüklenen Kardiyak Hemodinamik Değişimler Üzerine Egzersiz ve Obestanın Koruyucu Rolü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Anabilim Dalı, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2015, s. 9 (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**).

<sup>12</sup> Seher Habeş, Obezite Şikayetiyle Antakya Devlet Hastanesi’ne Başvuran Adölesanlarda Vücut Yağ Yüzdesinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi (VET) Anabilim Dalı, Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay, 2013, s. 7 (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>13</sup> Semin, a.g.e., s. 2.

Bölgesel olarak obezite dağılımı; İstanbul % 33,0, Batı Marmara % 30,7, Doğu Marmara % 30,6, Ege % 28,0, Akdeniz % 30,1, Batı Anadolu % 33,0, Orta Anadolu % 32,9, Batı Karadeniz % 31,3, Doğu Karadeniz % 33,1, Kuzeydoğu Anadolu %23,5, Ortadoğu Anadolu % 20,5 ve Güneydoğu Anadolu % 22,9'dur.<sup>14</sup>

Sağlık Bakanlığı'nın, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nün ve Ankara Numune Hastanesi'nin gerçekleştirdiği Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 ön çalışma raporuna göre; 0-5 yaş grubunda obezite sıklığı % 8,5 ve 6-18 yaş grubunda ise % 8,2'dir.<sup>15</sup>

Türk toplumunun beslenme şeklinde temel besin ürünü ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Günlük enerjinin %44'ü yalnızca ekmekten, %56'sı ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimi incelendiğinde kurubaklagil, yumurta ve şeker tüketiminin azaldığı görülmektedir. Son yıllarda ülkemizde özellikle kentsel bölgelerde fastfood tarzı beslenme şeklinin artması ile obezite görülme sıklığı da artmıştır.<sup>16</sup>

Türkiye genelinde yapılan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) çalışmasında, 20 yaş ve üzeri 23888 kişi değerlendirilmiş ve bu çalışmanın sonucuna göre, obezite oranı kadınlarda %36,17, erkeklerde %21,56 toplam da %25,2 bulunmuştur. Türk erişkinlerde yapılan TEKHARF (Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörlerinin Araştırılması) çalışmasında, ülkemizdeki obezite görülme sıklığı, 1990 yılında erkeklerde %12,5, kadınlarda %32 olarak bulunmuştur. TEKHARF çalışmasının 2001/2002 yılı takibinde ise obezite görülme sıklığı, erkeklerde %25,3, kadınlarda %44,2 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada bel çevresi >102 cm olan erkeklerin oranı %17, bel çevresi >88 cm olan kadınların oranı ise %56 olarak bulunmuştur.<sup>17</sup>

Nazlıcan ve arkadaşlarının 2011 yılında yetişkin kadınlarda obezite prevalansını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre; obezite, araştırma yapılan bölgelerin önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaş arttıkça obezite görülme sıklığı artmış ve ek bir hastalığı olan kadınlarda ek bir hastalığı olmayan kadınlara göre obezite anlamlı derecede daha yüksek oranda görülmüştür. Obezite ile kişinin genetik durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca diyabet

<sup>14</sup> Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>, Erişim tarihi: 02.07.2015.

<sup>15</sup> Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>, Erişim tarihi: 02.07.2015.

<sup>16</sup> Habeş, a.g.e., s. 8.

<sup>17</sup> Fatih Murathan, Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Fırat Üniversitesi, Elazığ, 2013, s. 11 (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**).

tanısı ve hipertansiyon tanısı da bulunanlarda obezitenin daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir.<sup>18</sup>

### 1.1.3. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri

Obezite fazla kilolu olmak ile aynı anlamı değildir. Obeziteyi belirleyen en doğru ölçüm yöntemi vücuttaki yağ dokusu miktarını ölçen yöntemlerdir. Bunun için doğrudan ve dolaylı ölçüm yöntemleri kullanılmaktadır.

#### 1.1.3.1. Doğrudan Ölçüm

Doğrudan yöntemler araştırma amacıyla uygulanan ve pratikte kullanımı zor olan yöntemlerdir. Doğrudan yöntemler;<sup>19</sup>

- Bilgisayarlı tomografi (BT),
- Toplam vücut suyu hesabı,
- Toplam vücut potasyum ölçümü,
- Manyetik rezonans görüntüleme (MRI),
- Dansitometri,
- Ultrasonografi (USG),
- Biyoelektriksel impedans analiz (BIA),
- Total vücut geçirgenliği (Total body electrical conductivity: TOBEC),
- Dual foton absorpsiyometre (DPA),
- Dual X ışını absorpsiyometre (DEXA) bu gruptadır.

#### 1.1.3.2. Dolaylı Ölçüm

Gövde ve ekstremitelerin çeşitli yerlerindeki çevre ölçümleri daha çok yağ toplanma biçimi hakkında bilgi vermekle beraber toplam vücut yağının tahmininde de kullanılmaktadır. Ağırlık, boy ve vücut çapları ile ilgili parametreler antropometri bilimini, deri kıvrım kalınlıkları ile ilgili ölçümler ise plikometri bilimini oluşturmaktadır.<sup>20</sup>

Obezite toplam yağ miktarı ile ilişkili olup, toplam vücut yağının yaklaşık %50'si deri altında yağ depolarında toplanmaktadır. Deri kıvrımları ölçümlerini yapmak için öncelikle özel kısaç tipi kalibre aleti diğer ismiyle kaliper pergel

---

<sup>18</sup> Ersin Nazlıcan vd., "Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi", *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2011, Cilt: 1, Sayı: 2, 5-12, s. 11.

<sup>19</sup> Ahmet Yağbasan, Farklı Obezite Evrelerinde Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal ve Tiroid Hormon Akıplarının Obezite Parametreleri ve İnsülin Direnci ile İlişkisinin Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2009, s. 6 (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

<sup>20</sup> Fatih Murathan, a.g.e., s. 20.

kullanılmaktadır. Böylelikle vücudun belirli bölgelerinden yapılan deri altı yağ ölçümü ile vücut yağ oranı doğru olarak hesaplamak mümkün olmaktadır. Deri kıvrım kalınlığı aşağıdaki bölgelerden ölçülmektedir.<sup>21</sup>

- Triceps: Omuz ile dirsek arasında, kolun arka yüzünde, triceps kası üzerinde bir yer seçilir.
- Subskapular bölge: Kürek kemiğinin alt ucunun altında, sırtta, derinin doğal kıvrımı doğrultusunda ölçülür.
- Suprailiak bölge: Crista iliaca üzerinde, orta koltuk altı çizgisinin kestiği yerden ölçüm yapılır.
- Abdominal bölge: Göbeğin sağında ve solunda orta koltuk altı çizgisinin kestiği yerle göbek arasında orta yerden ölçüm yapılır.

Deri kıvrımı ölçümleri toplam adipoziteyi hesaplamak için kullanılır. Fakat bu ölçüm viseral yağı doğrudan ölçemez. Yağın kalınlığını ölçmek için deri kıvrımı pergelleri kullanılmaktadır.<sup>22</sup>

Vücuttaki yağ dokusu miktarını tahmini olarak göstermek için pratikte BKİ'ne bakılmaktadır. BKİ'ni belirlemek için aşağıdaki formül kullanılmaktadır.

$$\text{Beden Kitle İndeksi} = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2 \text{ (m)}$$

BKİ ile elde edilen sonuçlar aşağıdaki sınıflandırma çerçevesinde yorumlanmaktadır.<sup>23</sup>

<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Vücut ağırlığının durumu</b>
<18,5	Zayıf
18,5 – 24,9	Normal
25,0 – 29,9	Hafif şişman
30,0 – 34,9	1. Derece şişman
35,0 – 39,9	2. Derece şişman
40,0 +	3. Derece şişman

BKİ'nin yetişkinlerde kullanımı güvenilir ve kolaydır. Fakat çocuklarda ve bazı özel durumu olan yetişkinlerde kullanımı uygun değildir. Özel durumu olan yetişkinler grubuna; kısa boylu kişiler, gebeler, fazla ödemli kişiler girmektedir.

<sup>21</sup> Murathan, a.g.e., s. 20-21.

<sup>22</sup> Vezir Köşkenli, Obezite ve İnsülin Direnci, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Maltepe Üniversitesi, İstanbul, 2014, s. 13 (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

<sup>23</sup> Obesity, Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 3-5 June 1997.

Çocuklarda büyümeyle birlikte vücuttaki yağ oranı da değiştiği için BKİ değerlendirmesi yaşa ve cinsiyete özel yapılmalıdır. Günümüzde WHO'nun 2007 yılında yayınladığı 5-19 yaş grubu çocuk ve adölesanlar için büyüme referans değerleri olan yaşa göre BKİ değerleri kullanılmaya başlanmıştır. Bu değerlere göre; BKİ'nin 85 persentil eğrisinin üzerinde olması fazla kilolu, 97 persentil eğrisinin üzerinde olması ise obez olarak değerlendirilir.<sup>24</sup>

Dolaylı ölçüm yöntemlerinden olan bel ve kalça çevrelerinin oranı metabolik hastalıklarla ilişkili yağ dağılımının bir göstergesi olarak epidemiyolojik araştırmalardan geliştirilen ilk antropometrik yöntemdir. Bel çevresi ayakta dururken kotsalar ve iliak çıkıntılar arasındaki en uzun horizontal çevredir. Kişilere ölçüm yapılırken midelerini kasmamaları söylenir. Bel çevresi ölçümü vücut yağını yansıtır.<sup>25</sup>

Kalça çevresi ölçülürken de ayakta trokanter majorisler üzerindeki en geniş çap olarak alınmalıdır. Kalça çevresi intraabdominal yağ kitlesinden çok subkutan yağ ile yakından ilişkilidir. Kalça çevresini, kişiler arasında değişkenlik gösteren gluteal kas kitlesi, pelvis boyutu ve yağ miktarı etkiler.<sup>26</sup>

#### 1.1.4. Obezitenin Etiyolojik Sınıflandırılması

Obezite, uzun süre alınan enerji ile harcanan enerji arasında dengesizlik yaşanması sonucu oluşmaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri;<sup>27</sup>

- Fazla yeme,
- Yetersiz fiziksel hareket,
- Psikolojik bozukluklar,
- Genetik, metabolik ve hormonal bozukluklardır.

Obezitenin etiyojisine baktığımızda genetik, çevresel ve sosyoekonomik nedenler, beslenme alışkanlıkları, psikolojik nedenler, endokrin nedenler (Cushing sendromu, hipoparatiroidizm, hipotalamus hastalığı, polikistik over hastalığı, hipogonadizm, büyüme hormonu eksikliği, insülinoma), sendromlar ve İlaçlar (antipsikotik, antidepresan, antiepileptik, steroidler, antidiyabetikler) karşımıza çıkmaktadır.<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> Habeş, a.g.e., s. 13.

<sup>25</sup> Yağbasan, a.g.e., s. 7.

<sup>26</sup> Yağbasan, a.g.e., s. 7.

<sup>27</sup> Baysal, **Beslenme**. 13. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2011, s. 15.

<sup>28</sup> Gökmen Durgun, a.g.e., s. 2.

#### 1.1.4.1. Santral Sinir Sistemi Zedelenmesi

Tokluk merkezi ve iştah merkezi hipotalamusta bulunmaktadır. Bu iki merkez birbirine yakın olup, tokluk merkezi iştah merkezi üzerine inhibitör etki göstermektedir. Tokluk merkezinde herhangi bir hasar meydana geldiğinde iştah merkezi serbest kalmakta ve kişide oburluğa varan iştah artışları yaşanmaktadır. Tokluk merkezinin bulunduğu ventromedial hipotalamusta travma, tümör ya da bir enfeksiyon geliştiğinde hipotalamik obezite meydana gelmektedir.<sup>29</sup>

#### 1.1.4.2. Genetik Faktörler

Şişmanlık ailelere özgü bir durumdur ve genler beslenme alışkanlıklarını çeşitli yollardan etkilemektedirler. Bu yollar şunlardır:<sup>30</sup>

- Beslenme merkezinin enerji deposunun düzenlenmesindeki anormallikleri,
- Bir rahatlama mekanizması olarak iştahı açan ya da kişiyi yemeye sevk eden anormal ve kalıtsal psikolojik faktörler,
- Karbonhidrat ve yağ depolanmasıyla ilgili genetik bozukluklar olarak sıralanabilir.

#### 1.1.4.3. Endokrin

Endokrin hastalıklar içinde hipotiroidi, PCOS ve GH eksikliği, Cushing sendromu obezite ile en sık birliktelik gösteren hastalıklardır. Hipotalamik obezite çok nadir olarak görölmektedir. Hipotalamik obeziteye ventromedial alanın travmalarında, malignitelerinde ve inflamatuvar hastalıklarında rastlanmaktadır.<sup>31</sup>

#### 1.1.4.4. Psikolojik Etmenler

Obezitenin en sık görölen nedeni, genel olarak varolan sağlıklı beslenme için günde yalnızca üç öğün eksiksiz olarak yemek yenmesi gerektiği düşüncevidir. Birçok çocuk, aileleri tarafından buna zorlanmakta ve bu alışkanlık kazandırılmaya çalışılmaktadır. Gerçekte sağlıklı beslenme için, abartısız 3 öğün şeklinde normal beslenmenin hafif ara öğünlerle desteklenmesidir. Bu yanlış beslenme düzeninin yanında yakın bir kişinin vefat etmesi, ağır hastalık gibi yoğun stres yaşatan durumlarda ya da depresyonda insanların büyük ölçüde kilo aldığı sık görölmektedir.

---

<sup>29</sup> Ülkü Yıldız, Üniversite Öğrencilerinde Obezite Oluşumunda İnternet Bağımlılığının Etkisinin Saptanması, Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2014, s. 7 (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

<sup>30</sup> Altunkaynak ve Özbek, a.g.e.. s. 139.

<sup>31</sup> Yağbasan, a.g.e., s. 4.

#### 1.1.4.5. Fiziksel Aktivite ve Çevresel Etmenler

Obezite gelişmesinin en önemli nedenini fiziksel inaktivite oluşturmaktadır. Fiziksel inaktivite nedenleri arasında işe bağlı sebepler, yaşlılık, postoperatif dönemde olabilir. Modern toplumlarda teknolojik uygulamalar ,yapılan işleri daha az enerji harcayarak yürütme imkanı sağlamaktadır.. Bu durum fiziksel inaktiviteye sebep olmaktadır ve kullanılan bu enerji yağ olarak vücut tarafından biriktirilmektedir. Obezite ile ilgili yapılmış bir çalışmada obezitenin başlamasında fiziksel inaktivite %67,5 gibi yüksek bir oranda obeziteye sebep olduğu bulunmuştur. Erkekler arasında yapılmış epidemiyolojik çalışmalara göre; kilo fazlalığına en fazla sedanter hayat yaşayanlarda görülmektedir.<sup>32</sup>

#### 1.1.5. Obezite Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

Obezitenin tedavisinde çok çeşitli tedavi seçenekleri vardır. Düşük kalorili diyetler, fiziksel egzersiz programları, farmakolojik tedaviler, cerrahi operasyonlar ve bilişsel davranışçı terapiler etkili tedavi seçeneklerindedir. Günümüzde bu tedaviler bireye özgü olarak planlanmakta ve birçok durumda birlikte kullanılmaktadırlar.<sup>33</sup>

##### 1.1.5.1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi

Besin seçimimizi etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları; kültür, duygusal durum, çevre, çevredeki kişiler, bakış açısı ve beslenme hakkındaki bilgilerimizdir. Besinler, besin değerinin yanında keyif ve iyi tat kaynağıdır. Bu nedenle insanların besinlerle kutlama yapmaları şaşırtıcı değildir. Ayrıca iyi bir beslenme yemeğe zevk katmaktadır.

Obezitede diyet tedavisi BKİ'i 25-30 kg/m<sup>2</sup> olan ve komorbiditesi olan kişilerle BKİ'i > 30 kg/m<sup>2</sup> olan kişileri kapsamaktadır. Obezitenin diyetle tedavisinde; düşük kalorili diyetler, düşük karbonhidratlı diyetler, çok düşük kalorili diyetler, çok düşük yağlı diyetler gibi kişiye özel değişik diyet tipleri kullanılmaktadır. Obezite tedavisinde uzun dönemde kullanılacak bir diyet programında bulunması gereken temel özellikler şöyledir;<sup>34</sup>

- Enerji alımı enerji harcanmasından az olmalı,
- Diyet içeriğinde proteinler, karbonhidratlar, vitaminler ve mineraller, esansiyel yağ asitlerinden yeterince bulunmalı,

<sup>32</sup> Yağbasan, a.g.e., s. 4.

<sup>33</sup> Özen Önen Sertöz ve Hayriye Mete Elbi, "Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapistinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması", *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2005, Sayı: 15, 119-126, s. 121.

<sup>34</sup> Mithat Bahçeci vd., *Obezite Rehberi*. İçinde: Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara, 2009, s 60.

- Diyet kişide doygunluk etkisi sağlamalı,
- Diyet kişiye özgü, damak tadı ve yaşam şekline uygun olmalı,
- Günlük uygulamada kişiyi sıkıntıya sokup hayatını zorlaştırmamalı
- Uzun süre uygulanabilmeli ve majör komplikasyon yaratmamalı,
- Diyetin sıvı içeriği doğru ayarlanmış olmalı,
- Yeterli lif içermelidir.

Günlük enerji alımınının 500-1000 kcal/gün azaltılmasının kilo kaybı için yavaş fakat istikrarlı olmasını sağlamaktadır.<sup>35</sup>

Tıbbi Beslenme Tedavisi uygulanırken toplam enerjinin %50-55'i kompleks karbonhidratlardan, %10-20'si proteinlerden ve %25-30'u yağlardan sağlanmalıdır. Diyetin lif içeriği de oldukça önemlidir.<sup>36</sup>

Diyet tedavisinde yağ kullanımında doymuş yağlardan çok doymamış yağların tüketiminin tercih edilmesi önerilmektedir. Sıvı yağlarda doymuş yağ oranı düşük doymamış yağ oranı yüksektir ancak katı yağlarda doymuş yağ oranı yüksek doymamış yağ oranı düşüktür. Fazla yağ tüketimi toplam enerji alımını artırmakta ve diyetle fazla oranda yağ tüketimi vücutta karbonhidrat ve proteinlere nazaran daha etkin bir şekilde depolanmaktadır. Sebze ve meyveler diğer tür yiyeceklere kıyasla düşük enerji içeren yiyeceklerdir ve vücut için gerekli olan vitamin ve minerallerin temin edilmesi için günlük yeterli miktarda tüketilmeleri gerekmektedir. Yemeklerin pişirilme yöntemi de son derece önemlidir. Yemekler haşlanarak veya fırında pişirilmesi ile yiyeceklere fazladan yağ eklenmesi azaltılabilir.<sup>37</sup>

Obezite mortalite ve morbiditeye neden olmasının yanında, psikososyal alanda da kayıplara neden olmaktadır. Suçluluk duyguları ve etiketlenme duyguları ağır basar ve bu durum bireyin olumsuz vücut ve kendilik algısına neden olur. Buna bağlı olarak obez kişilerin kilo kaybetme arzusu ve sosyal normlara kavuşabilmek amacıyla katı ve sınırlı yemek yeme davranışı ve olumsuz beden ve kendilik algısı geliştirdikleri belirtilmektedir. Hızlı kilo verme sıklıkla kilo alımına yol açmaktadır. Diyet çabaları esnasında görülen kontrol kayıpları yeme bozuklukları riskini artırır. Özellikle de tıkanırçasına yeme bozukluğu riskini arttırmaktadır.<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> Durgun, a.g.e., s. 7.

<sup>36</sup> Larson Duyff R., **Amerikan Diyetisyenler Derneği'nin Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi**. Ed.: Sevinç Yücesan vd., Acar Matbaacılık, İstanbul, 2003, s 5-8.

<sup>37</sup> Koray Ayar, Normal Kilolu, Kilolu ve Obez Bireylerin Obezite ve Obezite İlişkili Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2009, s. 13 (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

<sup>38</sup> Sertöz ve Elbi, a.g.e., 121.



### 1.1.5.2. Egzersiz Tedavisi

Kilo kontrolü için sadece tek başına diyet düzenlenmesi yetersiz kalmaktadır. Uzun süre kilo kontrolü sağlamak için motivasyon ve düzenli egzersiz de gerekmektedir. Obezlerde yapılan bir çalışmada, düzenli yapılan bir egzersiz programı bir yıl içinde önemli ölçüde kilo kaybı sağladığı bulunmuştur. Azalmış fiziksel aktivite obezitenin gelişmesinde en önemli nedenlerdendir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 50 eyalette yapılan bir çalışmada obezitenin yüksek oranda görüldüğü yerlerde azalmış fiziksel aktivite ile obezite arasında anlamlı ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Azalmış fiziksel aktivitenin de yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur. Egzersizin obezite ve ilişkili hastalıklarla olan sıkı ilişkisi mevcuttur. Bu nedenle tüm dünyada birçok ülkenin sağlık planlamalarında toplumun fiziksel aktivitesinin değerlendirilmesi ve toplumun ne şekilde bilinçlendirileceği konuları üzerinde de önemle durulmaktadır.<sup>39</sup>

Egzersiz, diyet sırasında yağ dokusuyla beraber kaybedilebilecek olan kas dokusunu korur. Bu koruma kilo kaybı sırasında yapılan egzersizin oranıyla ilişkilidir.<sup>40</sup>

### 1.1.5.3. Farmakolojik Tedavi

Obezitenin geçmişte ilaçla tedavi edilmeye çalışılmış olup sıklıkla ilacın kotrendikasyonları nedeniyle istenilen başarı yakalanamamıştır. Tiroid hormonu ile tedavide hipertiroidizme, nöropatiye, dinitrofenol katarakt ve amfetamin bağımlılığa neden olmuştur. Aminoreksin, fenfluramin tedavilerinde de başarısızlıklar yaşanmıştır. Bütün bu bulgular, obezite tedavisinde kullanılan fizyolojik kontrol sisteminin düzenlenmesi gerektirdiğini düşündürmüştür.<sup>41</sup>

Obezitede kilo kaybını sağlamak için kişinin aldığı enerji harcadığı enerjiden az olmalıdır. Obezite ilaçlarından beklenen, alınan gıdayı azaltması veya enerji harcanmasını arttırmasıdır. Obezite tedavisinde diyet, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda ve BKİ'i 30 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olan ya da BKİ'i 27 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olup diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi hastalıklara da sahip olan bireylerde ilaç tedavisine başlanır.<sup>42</sup>

<sup>39</sup> Ayar, a.g.e., s. 4.

<sup>40</sup> Durgun, a.g.e., s. 7.

<sup>41</sup> Berrin Zuhul Altunkaynak ve Elvan Özbek, a.g.e.. s. 139.

<sup>42</sup> Necmiye Çömlekçi, Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (IEQOL-LITE). Türkçe Versiyonunun Psikometrik Değerlendirmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2011, s. 12 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçların dezavantajları; istenmeyen yan etkilere sahip olmaları, etkilerinin sınırlı olması ve hastanın ilacı bıraktığında tekrar kilo almasıdır. İlaçların, temel tedavi olan diyet ve egzersize göre daha fazla yan etkiye sahip oldukları için tedavi fayda-zarar oranı göz önünde bulundurularak ilaç başlanmalıdır.<sup>43</sup>

#### 1.1.5.4. Cerrahi Tedavi (Bariatrik Cerrahi)

Obez kişiler, zayıflamak için uyguladıkları diyet ve egzersiz sonucunda kilo verseler de bu çabaları devamlılık göstermediği için bir süre sonra verdikleri kiloları geri almaktadırlar. Bazen de diyet, egzersiz, davranış ve ilaç tedavisinin beraber uygulanmasına karşın kilo kaybının gerçekleşmemesi, cerrahi tedaviyi gündeme getirmektedir. Cerrahi müdahale ile kilo kaybı kalıcı hale getirilmekte ve şişmanlık önlenmektedir. Obezite tedavisi için cerrahi tedavinin uygulanabilmesi için aşağıdaki kriterlerin olması gerekmektedir;<sup>44</sup>

- Bireyin BKİ'nin 40 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olması ya da 35 kg/m<sup>2</sup> olup eşlik eden hastalıkların görülmesi,
- 18-50 yaş aralığında olması,
- Obezitenin en az 5 yıldır var olması,
- Hormonal rahatsızlıkların olmaması,
- Diyet ve farmakolojik tedaviye rağmen 1 yıldan beri kilo verilememesi,
- İlaç ve alkol bağımlılığı olmaması ve uygulanacak yöntemin ciddiyetinin kavranabilmesi,
- Operasyondan sonra uyum sağlayabilecek düzeyde olması,
- Operasyon riskinin kabul edilebilir olması gibi koşullar aranmaktadır.

Cerrahi tedaviler hacim kısıtlayıcı, emilimi bozan ve her iki etkiyi birlikte gösteren ameliyatlardan olmak üzere 3 gruba ayırmak mümkündür. Obezite tedavisine yönelik yapılan ameliyatlardan aşağıda açıklanmıştır.<sup>45</sup>

- **Tüp Mide (Sleeve Gastrektomi):** Bu ameliyat hacim kısıtlayıcı ameliyatlardan biridir. Tüp mide ameliyatı sonrasında tüm laparoskopik ameliyatlarda ortaya çıkabilecek komplikasyonlar görülebilir. Bunlar; kanama, organ yaralanması, solunum sorunları ve embolidir.

<sup>43</sup> Neşe Ersöz Gülçelik vd., "Obezitenin Medikal Tedavisi", *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2007, Cilt: 38, s. 215.

<sup>44</sup> Çömlekçi, a.g.e., s. 13.

<sup>45</sup> Cem Topuz vd., "Morbid Obezite Cerrahisi ve Anestezi", *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2014, Cilt: 30, Sayı: 1, 56-59, s. 57.

- **Roux-en-Y Gastrik Bypass:** Bu ameliyat hem mide hacmini azaltan hem de ince barsaklardan emilimi bozan ameliyat çeşididir. Günümüzde artık laparoskopik olarak yapılmaya başlanmıştır.
- **Biliopankreatik Diversiyon-Duodenal Switch Ameliyatı:** Bu ameliyatta midenin proksimal kısmında geniş bir poş bırakılıp distal kısmı çıkarılır. Proksimalden ince barsak bölünür. Distalde kalan ince barsak mide poşuna götürülerek anastomoz edilir.

Bariatrik cerrahi sonrası, erken ve geç dönem komplikasyonlar mevcuttur. Erken dönem komplikasyonlar arasında, anastomoz kaçağı, bu kaçağa bağlı intra-abdominal infeksiyon, bulantı-kusma, dumping sendromu görülebilir. Geç komplikasyonlar ise, protein, demir, B12 vitamini, fosfat, kalsiyum, yağda eriyen vitaminler ve diğer mikro vitaminleri kapsayan vitamin emilim bozuklukları, insizyonel herni, kolelitiazis ve renal hastalıklardır.<sup>46</sup>

#### 1.1.5.5. Davranış Değişikliği Tedavisi

Obezite tedavisinde önemli yaklaşımlardan birisi davranış değişikliği tedavisidir. Davranış değişikliğinde, ağırlık kaybının gerçekleşmesi üzerine stratejiler tasarlanmaktadır. Bunun için kapsamlı bir program hazırlanmaktadır. Bu tedavide hedef kilo azaltmaktır. Davranış değişikliği tedavisinde kişi kendi yediklerinin kalori hesaplaması yapmakta, uyarıcı kontrolü, stres ve öfke kontrolü, yavaş yeme alışkanlıkları, fiziksel egzersizler, problem çözme, davranış değişikliklerini ödüllendirme ve sosyal destek yer almaktadır.<sup>47</sup>

Obezite, tanısını koymak son derece kolay olmakla beraber, oluşumundaki pek çok faktörden hangisinin daha etkili olduğunun belirlenmesi konusu oldukça zordur. Hastanın tedavisinde tıbbi beslenme tedavisinin iyi planlanması, motivasyonun sağlanması önemlidir. Tedavi için başvuran kişilerin öncelikle dikkatli ve detaylı bir beslenme anamnezinin alınması, gerçekçi, açıklayıcı destekleyici ve yol gösterici bir şekilde empatik bir yaklaşım tedaviye uyumu arttırmaktadır.<sup>48</sup>

Marchesini ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmaya göre; tikanırcasına yeme bozukluğunun eşlik ettiği ve etmediği obez hastalarda bilişsel davranışçı terapinin sağlıklı ilgili yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmışlar ve

<sup>46</sup> Topuz, vd., a.g.e., s. 57.

<sup>47</sup> Betül Sarıdağ Devran, Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2014, s. 15 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>48</sup> Thomas A. Wadden and Suzette Osei, Obezite Tedavisi. Ed. Erif Nihat Dursun. İçinde: Obezite Tedavi El Kitabı 2003, s. 234.

özellikle tıkanırcasına yeme bozukluğu olan obez hastaların sağlık durumlarını algılamada, istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim gösterdiklerini belirtmişlerdir.<sup>49</sup>

### 1.1.6. Obezitenin Komplikasyonları

Obezitenin komplikasyonları arasında kalp ve damar sistemi hastalıkları, diyabet, metabolik sendrom, kas ve iskelet sistemi hastalıkları ve psikiyatrik sorunlar gelmektedir.<sup>50</sup>

BKİ arttıkça zamanla diyabet gelişme riski artmaktadır. Hiperinsülinemi ve insülin direnci görülmektedir. Safra taşı görülme olasılığı, kolesterol döngüsündeki artış ve safranin yapısındaki değişmelerle birlikte artar.<sup>51</sup>

Yapılan çalışmalara göre; BKİ 30 kg/m<sup>2</sup>'den yüksek olan erişkinlerde ölüm riskinin arttığı, aşırı kilolu veya obez olup genç ve orta yaşlı erkekler ile kadınlar kalp hastalığına yakalanmaya daha zayıf olan akrabalarına göre daha yatkındırlar. BKİ en azından 33 kg/m<sup>2</sup> olan erkeklerde ise 3 yıllık takipler boyunca üç kat daha fazla koroner kalp hastalığı gözlenmiştir. Obezite, hipertansiyon, dislipidemi, Tip 2 diabetes mellitus, koroner kalp hastalığı, inme, safra kesesi hastalıkları, osteoartrit, uyku apnesi, respiratuar problemler ve meme kanseri, prostat kanseri, kolon kanseri gibi hastalıklarla birlikte. Aynı zamanda yüksek kilo ile tüm sebeplere bağlı mortalite arasında artmış bir ilişki mevcuttur.<sup>52</sup>

Obezitenin komplikasyonları; diyabet, aterosklerotik kalp hastalıkları, hipertansiyon, hipertrigliseridemi, karaciğer yağlanması, alveolar hipoventilasyon (picvick sendromu), safra taşı insidansında artış, inme, osteoartroz, gut, oligomenore ve endometrium kanseri, deri enfeksiyonları, cerrahi ve doğum riski, hiatus hernisi ve fıtıklar, varis, tromboemboli, intihar ve kazalara yatkınlık şeklinde sıralanabilir.<sup>53</sup>

#### 1.1.6.1. Obezite ve Kanser

Kanserin en önemli önlenilebilir nedenlerinden biri obezitedir. Tüm kanser ölümleri incelendiğinde sigara içmeyenler arasındaki kişilerde %10'u obeziteyle bağlantılı olduğu bulunmuştur.<sup>54</sup> Dünya'daki nüfus giderek artan oranda kilolu veya obez kişilerden oluşmaktadır. Yeni tanı konmuş kanserlerin erkeklerde yaklaşık

<sup>49</sup> Sertöz ve Elbi, a.g.e., 122.

<sup>50</sup> Sertöz ve Elbi, a.g.e., 122.

<sup>51</sup> Durgun, a.g.e., s. 6.

<sup>52</sup> Yahya İslamoğlu vd., "Obezite ve Metabolik Sendrom", *Tip Araştırmaları Dergisi*, 2008, Cilt: 6, Sayı: 3: 168-174, s. 170.

<sup>53</sup> Durgun, a.g.e., s. 6.

<sup>54</sup> Köşkenli, a.g.e., s. 6.

%3,2'si ve kadınlarda %8,8'i artmış BKİ ile ilişkilidir. Ancak, birçok çalışma bel kalça oranı ile kanser arasında BKİ'ne göre daha anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Son yapılan çalışmalara göre obezite ve diyabet artmış kanser riski ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalarda meme, endometrium, böbrek, prostat ve mide, kolon, özofagus gibi birçok gastrointestinal kanser ile obezite arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.<sup>55</sup>

Obezite meme kanseri riskini de arttırmaktadır. Bu risk kişilerin postmenapozal veya premenapozal olmasına göre değişmektedir. Postmenapozal kadınlarda kilo artışı ile meme kanserinin arttığını gösteren çok fazla çalışma vardır. Obezite ve meme kanseri ilişkisi hormon replasman tedavisi almayan postmenapozal hastalarda çok daha belirgindir. Bu ilişki fazla yağ dokusuna sahip kadınlarda periferik östrojen öncüllerinin östrojene dönüşümünün artması sonucu dolaşımdaki östrojen düzeylerinin artmasına bağlanmaktadır. Ayrıca obezite ile prostat kanseri progresyonu ve prostat kanseri mortalitesi ilişkisi çok belirgindir.<sup>56</sup>

#### **1.1.6.2. Obezite ve Metabolik Sendrom**

Metabolik sendrom obezitenin eşlik ettiği önemli bir hastalıktır. Metabolik sendromu olan kişilerde abdominal obezite, diyabet ve hipertansiyon bulunur. Kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin artışının nedenleri arasında bulunan bu hastalık dünyada görülme sıklığı hızlı bir şekilde artmaktadır. Sıklığının artmasının en önemli nedenleri obezite ve fiziksel inaktivitedir.<sup>57</sup>

Metabolik sendrom gelişimi ile egzersiz arasında ters orantılı ilişki vardır. Bu durumu açıklayan da birçok çalışma bulunmaktadır. Altmış yaş üstü 4228 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada boş zamanda fiziksel aktivite yapmak ile metabolik sendrom gelişimi arasındaki ilişki incelenmiş ve boş zamanlarında egzersiz yapan kişilerde metabolik sendrom gelişiminin sedanter bir yaşam tercih edenlere göre  $\frac{2}{3}$  oranında azaldığı bulunmuştur.<sup>58</sup>

#### **1.1.6.3. Obezite ve Hipertansiyon**

Hipertansiyon, obezite ile birlikte görülen en önemli hastalıklardandır. Hipertansiyon riski obez kişilerde normal ağırlıktaki kişilerden beş kat daha yüksektir.<sup>59</sup> Hipertansif hastaların en az  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{2}{3}$ 'ü obezdir. Obezlerde ise

---

<sup>55</sup> Erarslan ve Yüksel, a.g.e., s. 204.

<sup>56</sup> Ayar, a.g.e., s. 12.

<sup>57</sup> İslamoğlu vd., a.g.e., s. 171.

<sup>58</sup> Ayar, a.g.e., s. 12.

<sup>59</sup> Köşkenli, a.g.e., s. 5.

hipertansiyon bulunma olasılığı sağlıklı kişilere göre 3 kat fazladır. NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) III verilerine göre erkek ve kadınlarda vücut kitle indeksindeki her artış kan basıncındaki progresif artış ile ilişkilidir. Kilodaki her 10 kilogram artış ile sistolik kan basıncında 3 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 2,3 mmHg artış meydana gelmektedir.<sup>60</sup>

Obezite ile hipertansiyon birlikteliği 1900'lü yıllardan beri iyi bilinmektedir. Bu mekanizmalar kompleks ve multifaktöryeldir ve günümüzde net olarak belli değildir. Birçok sayıda yapılan çalışmalara göre obezitede hipertansiyonun sıvı retansiyonu ile ilgili olduğu bilinmektedir. Ayrıca hipertansiyon, obezite, etnik grup ve sosyoekonomik durumla ilişkilidir. Obezite siyahlarda ve düşük sosyoekonomik durumda daha sık karşımıza çıkar.<sup>61</sup>

#### 1.1.6.4. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Obezite, birçok kardiyovasküler komplikasyona neden olabilmektedir.<sup>62</sup>

- Obezite ile ilişkili kardiyovasküler bozukluklar,
- Sol ventrikülün sistolik ve diastolik fonksiyonlarında bozulma,
- Restriktif kardiyomiopati, venöz yetmezlik,
- Venöz tromboembolizm,
- Endotel disfonksiyonu,
- Sistemik hipertansiyon,
- Pulmoner hipertansiyon,
- İnme,
- Kalp yetmezliği,
- Aritmi şeklinde sıralanabilir.

BKİ 21 kg/m<sup>2</sup>'yi geçmeye başladığında dislipidemi ortaya çıkar. Bu değişim koroner kalp hastalığı riskini 3,6 kat artırmaktadır.<sup>63</sup>

Obezite hipertansiyon, diyabet veya miyokard iskemisi olmayan bir kişide kardiyomiopati oluşturma riskini arttırmaktadır. Bu hastalıklar gelişmeden sol ventrikül kalınlığında artış olması ve miyokard disfonksiyonu obezite ile ilişkilendirilmektedir. Sol ventrikül kalınlığında artış görülmektedir ve bu artışa bağlı

---

<sup>60</sup> Ahmet Kaya, "Obezite ve Hipertansiyon", *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2003, Sayı: 2: 13-21, s. 17.

<sup>61</sup> Kaya, a.g.e., s. 20.

<sup>62</sup> Ayar, a.g.e., s. 7.

<sup>63</sup> Köşkenli, a.g.e., s. 5.

gelişen sistolik disfonksiyon kardiyovasküler morbidite ve mortalite için önemli bir risk faktörü olarak bilinmektedir.<sup>64</sup>

#### **1.1.6.5. Obezite ve Psikiyatrik Hastalıklar**

Obezite toplum sağlığı açısından büyük sorun olmaya başlamıştır. Bazı araştırmacılar tarafından psikosomatik hastalık olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. 1975 yılında yapılan bir araştırmada kişilerin oral saplanma ve regresyon sonucunda nevroz ve kişilik bozukluklarına yatkın olduklarını vurgulamışlardır. Yapılan araştırmalar sonucu bulunan diğer önemli bulgular arasında obezlerin depresyonu daha ağır geçirdikleri ve prognozlarının daha kötü oluşudur. Obezlerdeki depresyonu, obezitenin sonucu olarak görenler de vardır depresyon gibi psikopatolojik sorunların obeziteye sebep olduğunu düşünenler de vardır.<sup>65</sup>

Obezitenin karmaşık bir etiyojisi vardır. Beyaz ırkta yüksek oranlarda görülen bu hastalık, diabetes mellitus, safra kesesi rahatsızlıkları, iskemik kalp hastalığı, uyku apne sendromu ve bazı karsinom türlerinin riskinde de artışa sebep olabilir. DSM-IV'de yeme bozuklukları içerisinde sınıflandırılmış olan obezite, yeme bozukluklarında yaygın olarak görülen psikolojik özellikleri taşır. Bunlar;

- Düşük öz değerlilik,
- Vücut şeklinden hoşnut olmama,
- Dürtüsellik,
- Mükemmeliyetçi tutum.

Obezite oluşmasında, genetik eğilimin yanında diyetle ilgili sebeplerle beraber, psikolojik, kültürel, ekonomik ve sosyal sebepler birlikte rol oynamaktadırlar.

#### **1.1.6.6. Obezite ve Uyku Apnesi**

Günümüzde obezitenin solunum fonksiyonlarını büyük ölçüde etkilediği ve komplikasyonlarının da morbidite ve mortalite açısından önemli rolü olduğu üzerinde çalışmalar artmaktadır. Obezitenin solunum sistemi üzerine etkisi basit obezite ve Obezite Hipoventilasyon Sendromunda farklılık göstermektedir. Basit obezite klinik bulgu verecek patolojik değişikliklere yol açmamış obeziteyi ifade eder. Obezite Hipoventilasyon Sendromu ise, obezlerin %10'unda karşımıza çıkar ve hiperkapni ile karakterizedir.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> Memi, a.g.e., s. 21.

<sup>65</sup> Özger, a.g.e., s. 30.

<sup>66</sup> Köktürk ve Çiftçi, a.g.e., s. 110.

Uyku apnesi, pulmoner hipertansiyon, sağ kalp yetmezliği, ilaca dirençli hipertansiyon, inme ve aritmilere yol açabilir. Bu kişilerde gün içi uykululuk hali sonucu ortaya çıkabilecek kazalarda artış görülebilir.<sup>67</sup>

Obezite horlamaya sebep olur ve bunun yanında Uyku Apne Sendromu gelişiminde de önemli bir risk faktörüdür. Yapılmış birçok çalışmada kilo artışı ile uyku apne sendromu prevalansında artış görülür. Ayrıca zaman içerisinde olan kilo artışları da Uyku Apne Sendromu'nun daha şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Ancak BKİ'nin uyku apne sendromu üzerindeki bu etkisi yaş ilerledikçe azalabilmektedir. Yine yapılan birçok çalışma göstermiştir ki çeşitli yöntemlerle kilo verme sağlandığında uyku apne sendromu şiddeti azalabilir ve bazı hastalarda iyileşme sağlanabilmektedir.<sup>68</sup>

## 1.2. Yeme Bozuklukları

Yeme davranışını etkileyen pek çok etmen olup; motor, bilişsel, duygusal gelişim ve sosyal çevresel faktörler bunların arasındadır. Kişi yemek yiyerek sadece fizyolojik ihtiyaçlarını değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal gereksinimlerini de karşılamaktadır. Örneğin; anne sütü alan bir bebek anne sütü alırken hem fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamakta hem de annesi ile sosyal bağ kurup ondan sevgi de almaktadır. Ayrıca bu durumdan haz almaktadır.<sup>69</sup> Yeme davranışı bazen çok çeşitli haz ve acı veren yaşantılarla ilişkili olabilmektedir. Yeme bozukluğu gelişen kişilerde beden algıları da bozulmaktadır.<sup>70</sup>

Yeme bozuklukları, kişinin ağırlık ve besin tüketimi ile ilgili meşguliyeti olup, bu meşguliyyete eşlik eden yoğun duygular ve davranışlar ile karakterize karmaşık bir durumu ifade etmektedir. Yeme bozukluğu, aşırı beslenme, depresyon, madde bağımlılığı, anksiyete, takıntı ve beslenme yetersizliği gibi ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Zayıf olma ve küçük beden ölçülerinin yararlarını önemseyen, duygu durum bozuklukları, gelişim dönemleri, kişilerarası ilişkilerde, intrapsişik karışıklıklardaki problemlerle başa çıkmada geliştirilen davranışsal, duygusal ve bilişsel davranış stratejileridir.<sup>71</sup> Erken başlayıp uzun süre devam eden terapötik

---

<sup>67</sup> Köşkenli, a.g.e., s. 5.

<sup>68</sup> Ayar, a.g.e., s. 14.

<sup>69</sup> Yasemin Soysal, Aşırı Kilo ve Obezite Sorunu Yaşayan Bireylerde Egzersiz ve NLP Uygulamalarının Yeme Tutumlarına Etkisinin Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Öğretmenliği Anabilim Dalı, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2006, s. 23 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>70</sup> Ayşe Devrim Başterzi vd., "Estetik Cerrahi Hastalarında Yeme Tutumu ve Beden Algısı", **Yeni Symposium**, 2003, Cilt: 41, Sayı: 1, s. 4.

<sup>71</sup> Meral Çelik Arnik, Bir Üniversite Kampüsündeki Öğrencilerin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2009, s. 5 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).



güçlüklerle tanımlanan bir hastalıktır. Oluşma nedenleri karmaşıktır ve psikiyatrik, çevresel, ailesel olabilecek birçok stres faktörü yeme bozukluklarına sebep olabilmektedir<sup>72</sup>

Yeme bozuklukları için birçok tanımlama yapılmış olmakla birlikte tüm tanımların ortak noktası şunlardır;<sup>73</sup>

- Yeme alışkanlıklarında ya da ağırlık kontrolü davranışlarında kesin bir bozulma,
- Fiziksel sağlık ve psikososyal işlevsellikte klinik olarak anlamlı bozulmayla sonuçlanan ya davranış bozuklukları ya da temel yeme bozukluk belirtileri,
- Herhangi bir tıbbi duruma ya da diğer psikiyatrik bozukluklara ikincil olmayan davranış bozukluğu vardır.

Yapılan araştırmalara göre, yeme bozukluğu daha çok batı toplumlarında daha fazla görülmektedir. Fakat son yapılan çalışmalar, gelişmekte olan toplumlarda da yeme bozukluğu görülme oranlarının arttığını göstermektedir. Bu durumun sebepleri arasında sanayileşme ile birlikte kent yaşamı, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, gıdalara ulaşımın daha kolay olması, medya etkisi ve kültürler arası etkileşim yaygınlaşması, bu bozukluklarla ilgili çalışmaların artması dolayısıyla farkındalığın artması sayılabilir.<sup>74</sup>

### 1.2.1. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının sebepleri net olarak ortaya konamamaktadır. Bu bozuklukların gelişmesinde ve devam etmesinde, birbirleriyle etkileşim halinde olan bireysel, ailesel, sosyokültürel ve gelişimsel faktörler önemli bir rol oynamaktadır.

#### 1.2.1.1. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörlerin ilki genetik olup anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın stereotipik klinik özellikleri bulunmaktadır. Yine bu hastalıkların belirli bir cinsiyet dağılımı mevcuttur ve belirli bir başlangıç yaşı vardır. Bütün bu sebeplerden dolayı yeme bozukluklarının gelişiminde, biyolojik yatkınlığın da rol oynayabileceği söylenebilir. Aynı zamanda bu genetik etkilerin, çeşitli kişilik özelliklerine neden olabileceği ve bu özelliklerin de, yeme bozukluklarının gelişiminde bir risk faktörü

<sup>72</sup> Nursen Oral ve Nesrin Hisli Şahin, "Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi", *Türk Psikoloji Dergisi*, Aralık 2008, Cilt: 23, Sayı: 62, s. 40.

<sup>73</sup> Riccardo Dalle Grave, "Eating Disorders: Progress and Challenges", *European Journal of Internal Medicine*, 2011, Cilt: 22, Sayı: 2, s. 156.

<sup>74</sup> Bircan Ulaş vd., "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler", *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, Sayı: 2, s. 18.

olduğu bilinen düşük öz güven şeklinde kendini gösterebileceği öne sürülmüştür. Yeme bozukluklarının açıklanmasında genetik yatkınlığın etkisinden söz edilmektedir. Yapılan araştırmalarda anoreksiya nervoza hastalarının kız kardeşlerinde %6,6 oranında anoreksiya nervoza geliştirmeye eğilim olduğu ortaya konmuştur.<sup>75</sup>

Bireysel faktörlerin bir diğeri kişilik özellikleridir. Anoreksiya nervoza konusundaki en önemli araştırmacılardan biri olan Bruch 1973' te, zihnin yemekle ve kiloyla çok fazla meşgul olmasının, kişilikteki bir takım temel eksikliklerden kaynaklandığını ve anoreksiya nervozanın, yetkinlik, kontrol, otonomi ve öz saygı için verilen bir mücadeleyi simgelediğini belirtmektedir. Genel olarak mükemmeliyetçi kişilik yapısı, yeme patolojisinin gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür. Bu bireyler hayatlarının her alanını ve yemelerini, vücut şekillerini, ağırlıklarını sürekli kontrol etmektedirler.<sup>76</sup> Mükemmeliyetçi kişilik yapısında yeme bozukluklarına neden olmaktadır.<sup>77</sup>

Ayrıca beden şekli ve görünümüyle aşırı derecede ilgilenmek ve bedenden duyulan memnuniyetsizlik yeme bozukluklarının temel özelliklerinden biridir.<sup>78</sup>

Bireysel faktörler arasında kadın olma, adölesan, obsesif kişilik yapısında olma, bedenini algılamada sorunun yaşama, özgüvenin düşük olması, kimlik ve otonomi hissi, aile üyeleri veya akranları ile yarışma hissi içinde olma sayılabilir. Birçok çalışmada yeme bozukluklarının kızlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir. Bu duruma ergenlik döneminde kızların bedenlerinde meydana gelen fiziksel değişimler sebep olmaktadır. Ergenlik döneminde vücuttaki yağ oranı artar ve vücut hatlarının belirginleşmesi ile kişi kilo almaya başlar. Bu durum genç kızın dikkatini vücuduna yoğunlaştırmaktadır.<sup>79</sup>

Yapılan bazı çalışmalar yeme davranış bozukluğu olan kişilerin, diyet yapma durumları ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu desteklemektedir.

---

<sup>75</sup> Esra Kontbay, Yeme Tutum ve Davranışları ile Anne-Babaya Bağlanma ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler, Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, 2010, s. 17, (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>76</sup> Christopher G. Fairburn and Paul J. Harrison, "Eating Disorders", *The Lancet*, 2003, Volume: 361, s. 410.

<sup>77</sup> Kristina Elfhag and Lesley C. Morey, "Personality Traits and Eating Behavior in the Obese: Poor Self-Control in Emotional and External Eating but Personality Assets in Restrained Eating", *Eating Behaviors*, 2008, Volume: 9, Issue: 3, s. 288.

<sup>78</sup> Zeynep Çakırlı Alşan, Anormal Yeme Tutum ve Davranışlarının Aile Ortamı, Özgüven ve Mükemmeliyetçilikle İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2005, s. 5-7, (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>79</sup> Zuhul Abanoz, Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yeme Semptomları ile Yeme Semptomlarını Yordayan Obsesif Kompulsif Belirtilerin Araştırılması, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, 2008, s. 9, (**Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi**).

Yeme bozukluğu davranışını olan kişilerin, özellikle kendi kendilerine yaptıkları diyetlerin, bu bozukluğunu olan afinitenin arttırdığı belirtilmektedir.

### 1.2.1.2. Ailesel Faktörler

Aile işlevlerinin, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar üzerindeki etkisinin yapılan araştırmalarla bulunmasıyla beraber, ailenin yeme bozukluklarının etiyolojisinde de önemli bir rol oynayabileceğine dair çeşitli teorik yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Aile bireyleri arasındaki etkileşimin özelliği, aile bireylerinin normal veya patolojik işlev göstermelerinde önemli bir rol oynadığı gibi, aile içindeki bir üyenin sağlıklı olması da aile içinde çeşitli sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir.<sup>80</sup> Ailesel iletişimin, yeme bozukluğu nedenleri arasında olabileceği; bebeklik döneminden itibaren başlayabileceği düşünülmektedir. Bebeğe bakım veren birincil kişinin, bebekle sağlıklı duygusal bir ilişki kuramaması, bebeğin güvensiz bağlanma yaşaması, bebeğin yetişkin olduktan sonra yeme bozuklukları yaşaması riskini arttırmaktadır.<sup>81</sup> Yapılan araştırmalar yeme bozukluğu görülen bireylerin ailelerinde aile içi çatışma, depresyon, alkolizm, anksiyete ve herhangi bir yeme bozukluğuna daha sık rastlandığını ortaya koymaktadır.<sup>82</sup>

Anoreksiya nervozalı tanısı almış kişilerde ailesel ve kalıtsal geçişle ilgili önemli sonuçlar elde edilmiştir. 45 tek ve çift yumurta ikiziyle yapılan bir çalışmada tek yumurta ikizlerinde eş-hastalanma oranı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur.<sup>83</sup>

Aile, arkadaş çevresi ve kitle iletişim araçları tarafından zayıf olma yönünde sonuç bulunan araştırmalar, bu çevrelerden yaratılan baskının, bedenden duyulan memnuniyetsizliği artırdığı ve yeme bozukluklarının oluşmasında önemli sebepleri oluşturduğunu göstermektedir.<sup>84</sup>

Güzelliği ve mutluluğu zayıflıkla eşdeğer görme, görsel medya aracılığı ile bu değerlerin yaygınlaşması, bedeni önemli bulma durumu sosyokültürel risk faktörlerindedir.<sup>85</sup> Batı kültüründe zayıflığın özendirildiği, toplumda zayıf olma imgesinin yeme bozuklukları oluşmasında önemli rol oynadığı görülmektedir. Bu nedenle isteyerek diyet yapanların çoğu çekici olmayı hedeflemektedir.<sup>86</sup>

---

<sup>80</sup> Çakırlı Alşan, a.g.e., s. 5-7.

<sup>81</sup> Zeynep Alantar ve Fulya Maner, "Bağlanma Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 2008, Cilt: 9, s. 100.

<sup>82</sup> Kontbay, a.g.e., s. 17.

<sup>83</sup> Abanoz, a.g.e., s. 8.

<sup>84</sup> Çakırlı Alşan, a.g.e., s. 5-7.

<sup>85</sup> Abanoz, a.g.e., s. 9.

<sup>86</sup> Kontbay, a.g.e., s. 19.

### 1.2.1.3. Sosyokültürel Risk Faktörleri

Bilimdeki gelişmelerin teknolojik uygulamalarının hayatımıza girmesi ile globalleşen dünyada kültürler arası etkileşim ivme kazanmış olup, batı kültürünün benimsediği incelik ve çekicilik anlayışı çabucak kabul görmüştür. İş yaşamında fiziki görünümün rekabet açısından önemli olduğu dansçılar, balerinler, sporcular, jockeyler gibi bazı meslek gruplarında isteyerek diyet yapanların yeme bozukluğu geliştirme riskleri oldukça yüksektir. Sosyokültürel değerlerin fiziki görünümle ilgili olarak yüksek olması kişinin görünüşü ile ilgili algısını etkilemektedir.

Batılı ülkelerde obezite prevalansının artmasıyla daha küçük beden in medyada idealleştirmesi eş zamanlı gerçekleşmiştir. Bu durum bazı kişilerde olumsuz etki göstermekte ve kişilerin fazla yemek yemesine yol açabilmektedir. Medyanın oluşturduğu ince olma baskısı kimi zaman aile ve çevrenin de baskısıyla birleşmektedir. Medyanın dayattığı ince olma etkisinin araştırıldığı 162 kadın ile gerçekleştirdiği bir çalışmada, kadınlarda kısıtlayıcı, emosyonel ve dışsal kaynaklı bütün yeme davranışlarında yüksek skorlar elde edilmiştir. İnce olma düşüncesinin beden memnuniyetsizliğiyle yüksek ilişkide olduğu gösterilmiştir. Son dönemlerde özellikle ergenlerde arkadaşlar arasındaki ağırlık kaygıları, alay konusu olma riski gibi nedenler kişilerin diyetle erken yaşta başlamasına yol açmıştır.<sup>87</sup>

Stice, yeme bozukluklarına neden olan riskleri deneysel olarak araştırmış olup, risk faktörlerini nedensel ve korelasyonel faktörler olarak ikiye ayırmıştır. Kişinin bedeninden memnun olmaması sosyokültürel yapının zayıf olma yönündeki baskısı ile baş edememesi, olumsuz duygu durumu, uluslararası boyutta ideal olanın zayıf olma yönündeki yargısını nedensel faktörler arasında sıralamıştır. Adipozite, ailenin ve ebeveynlerin yetersizliği, depresyon, diyet yapma ve diyetle kısıtlamayla atak davranışlar, iç algısal sorunlar, mükemmeliyetçilik, medya etkileri, benlik saygısı, ergenlik, cinsel taciz ve ağırlık kaygısı gibi faktörleri ise korelasyonel faktörler olarak sıralamıştır.<sup>88</sup>

### 1.2.1.4. Gelişimsel Faktörler

Yeme bozukluklarında bazı gelişimsel faktörlerin rol oynayabileceği düşünülmektedir. Yeme bozuklukları erkeklere oranla kadınlarda yaklaşık 9-10 kat fazla görülmektedir ve özellikle anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza daha çok

<sup>87</sup> Doeschka J. Anschutz vd., "Susceptibility For Thin Ideal Media and Eating Styles", *Body Image*, 2008, Volume: 5, Issue: 1, p. 73.

<sup>88</sup> Eric Stice, "A Prospective Test of the Dual-Pathway Model of Bulimic Pathology: Mediating Effects of Dieting and Negative Affect", *Journal of Abnormal Psychology*, 2001, Volume: 110, Issue: 1, p. 129.

ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Tüm bunlar gelişimsel faktörler arasındadır.<sup>89</sup>

#### 1.2.1.5. Psikososyal Faktörler

Yeme bozuklukları psikiyatrik problemler arasında çok yaygındır ve genellikle adölesanlarda ve genç erişkinlerde görülmekte olup bu kişiler mortalite ve morbidite açısından yüksek risk altındadırlar. Yeme bozuklukları adölesanlarda ve genç erişkinlerde oldukça yaygındır. Son yıllarda giderek önem kazanan ve özellikle gençlerde yaygınlığı ve sıklığı giderek artmıştır. WHO tarafından “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmaktadır. Yeme tutumu ve beden algısı bozulur ve bu durumda, kişiler bedenini olduğundan şişman ya da şekilsiz bularak, çok az miktarda yiyecek yerler. Yemeklerden hemen sonra kusma veya kendini kusturma, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz gibi davranışlar gösterebilmektedirler.<sup>90</sup>

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre yeme bozukluklarının genel olarak toplumdaki yaygınlığı % 0,5 ile % 3 arasındadır. Üniversite öğrencisi olan kızların %4 ile %22 arasında bir oranda anorektik ya da bulimik davranışlara girdiği bildirilmektedir. Yeme bozukluklarının ortaya çıkışında ve sürmesinde sosyokültürel etkenlerin önemli rolü olduğu ileri sürülmektedir.<sup>91</sup>

Yeme bozukluklarının geçmişi yeni değildir, yüzyıllardır bilinmesine karşılık özellikle 80'li yıllardan itibaren yaygınlaşma göstermiştir. Bu durum konuyla ilgili daha çok çalışmanın yapılmasını da beraberinde getirmiştir. Yeme bozukluklarına yeni bakış psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimini dikkate alınmaya başlamıştır. Bu konudaki klinik araştırmalar, bilişsel-davranışçı tedavilerin etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermiştir. Fakat bu bozukluklarda gözlenen sorun bilişsel kuramların terapide üstün yanları olsa da davranışlara odaklanmanın tedavide yetersiz kaldığıdır. Yeme bozukluklarının daha fazla bilinmesi ve tartışılan bir konu olması tanı konulan vaka sayısını da arttırmıştır. Yaşanan sosyokültürel değişimler ve kültürel çatışmalar, hızlı sosyal değişim gösteren ülkelerde beden algısına ilişkin kültürel değerlerin de hızlı değişmesi risk oluşturmaktadır.<sup>92</sup>

Yeme bozuklukları olarak çoğunlukla Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza görülmekte olup, bu iki tablonun atipik biçimleri ve tikanırcasına yeme

---

<sup>89</sup> Çakırlı Alşan, a.g.e., s. 5-7.

<sup>90</sup> Ulaş vd., a.g.e., s. 19.

<sup>91</sup> S. Halime Aslan, "Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi", *Düşünen Adam*, 2001, Cilt: 14, Sayı: 1, s. 43.

<sup>92</sup> Ayça Gürdal, "Yeme Bozuklukları ve Tedavisi", *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1999, Cilt: 9, Sayı: 1, s. 21.

bozukluğu da yeme bozuklukları grubunda değerlendirilmektedir. Yüksek oranda ergen ve kadınlarda görülmekte olup, düşük sosyoekonomik gruplardan ziyade orta ve yüksek sosyoekonomik grupta çok rastlanıldığı öne sürülmektedir.

Silverstone 1992'de düşük benlik saygısının yeme bozukluklarında sık karşılaşılan bir belirti olduğunu ve bu belirtinin hem anoreksiya nervoza hem de bulimiya nervozada görüldüğünü belirtmiştir. Silverstone, kuramında temelde yeme bozukluğunu kronik düşük benlik saygısının bir belirtisi olarak değerlendirmektedir.<sup>93</sup>

Enerji alımı ve harcanması ile vücut ağırlığının arasında karmaşık bir ilişki olup; bu ilişkisi santral sinir sisteminde hipotalamus gibi belirli beyin bölgeleri tarafından yürütülür. Üniter bir fenomen olarak ele alındığında depresyon gibi mizaç bozukluklarında da kilo değişiklikleri ile sonuçlanan yeme davranışı değişiklikleri gözlenmektedir. Depresyonda klasik olarak beden ağırlığının azalması ile sonuçlanan kilo ve iştah kaybı gözlenirken bir alt tip olan "atipik depresyonda" ise artmaktadır. Modern psikiyatrik anlayışta mizaç bozukluklarında gözlenen, yeme davranışı değişiklikleri bile üzerinde yeterince araştırılmamış ve ayrıştırılmamışken diğer alanlarda anlamlı bir bütünlük içinde sonuç elde etmek güçleşmektedir. Emosyonel yeme olumsuz duygulara ikincil aşırı yeme eğilimini anlatan bir kavramdır. Emosyonel yeme ilk başlarda bulimik ile birlikte ele alınmıştır. Hastaların aşırı yemelerini destekleyen bir etmenken, tıkanırçasına yeme ataklarının da emosyonel yeme ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Özellikle kilo verme girişimlerinde yeme davranışlarında emosyonel yemenin önemi giderek artmaktadır.<sup>94</sup>

### 1.2.2. Yeme Bozuklukları Tanı Kriterleri

Yeme bozuklukları ölüm oranı yüksek olan psikiyatrik bozukluklar arasındadır. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve obeziteyi içermektedir.<sup>95</sup>

Uzun yıllardır bilinen hastalıklardır fakat son 50 yıldır görülme sıklıklarındaki artış sebebiyle daha çok gözlenme ve hastanelerde görülme sıklığı da artmıştır. Başlıca anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadan oluşan yeme bozuklukları,

---

<sup>93</sup> Atıla Erol vd., "Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması", *Klinik Psikiyatri*, 2000, Sayı: 3, s. 149.

<sup>94</sup> Güzin Mukaddes Sevinçer ve Numan Konuk, "Emosyonel Yeme", *Journal of Mood Disorders*, 2013, Cilt: 3, sayı: 4, s. 173.

<sup>95</sup> Diğdem Müge Siyez ve Aslı Uzbaş, "Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki", *New/Yeni Symposium Journal*, Ocak 2006, Cilt: 44, Sayı: 1, [www.yenisymposium.net](http://www.yenisymposium.net).

toplum temelli ve büyük örneklemlerli çalışmalar ilgi çekmektedir. Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, dördüncü baskısında (DSM-IV-TR) yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Toplumda görülme sıklıkları yaklaşık %1-3'dür. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu, tanımı itibarıyla bir rezidüel tanı kategorisidir, farklı tabloları kapsar ve birkaç önemli istisna dışında özgül değişkenleri hakkında çok az bilgi içermektedir. Bu özgül değişkenlerin en önemlisi tıknırcasına yeme bozukluğu için DSM-IV-TR'nin ekler bölümünde araştırma tanı ölçütlerine yer verilmiştir.<sup>96</sup>

Amerikan Psikiyatri Birliği de yeme bozukluklarını, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, sınıflandırılmayan (atipik) yeme bozuklukları olmak üzere 3 grup altında toplamaktadır. Anoreksiya Nervoza %0,5-1 oranında görülürken, Bulimiya Nervoza sıklığı %2, atipik yeme bozuklukları %10-34 oranında görülmektedir. Tüm yeme bozuklukları genel olarak ele alındığında, lise ve üniversite öğrencilerinin yeme bozukluğu açısından yüksek riskli gruplar arasında olduğu görülmektedir. Cinsiyet faktörü ele alındığında kadınlarda yeme bozukluklarının erkeklere göre %90 gibi yüksek bir oranda daha fazla görülmektedir.<sup>97</sup>

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları grubunun içinde, tıknırcasına yeme bozukluğu, son yıllarda daha iyi tanınan bir bozukluktur. Örneklem ve toplum içinde görülme yaygınlığı açısından yeme bozukluklarında klinik farklılıklar bulunmaktadır. Anoreksiya nervoza 1970'li yıllara kadar artmış, 1990'lı yıllara gelindiğinde ise daha dengeli bir seyir göstermiştir. Anoreksiya nervozanın artışında medya, sanayileşme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kent yaşamı ve kültürler arası etkileşimlerin yaygınlaşması önemli faktörlerdendir. Yeme bozuklukları ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda örneklemin seçilmesi çok önemlidir. Yeme bozukluklarının yaygınlık oranları düşüktür ve olguların kendini gizleme eğilimi vardır.<sup>98</sup>

Yeme bozuklukları, ailede yeme bozukluğu öyküsü, duygu durum bozuklukları, alkol madde bağımlılığı, obezite, kilo ve yemek uğraşları, düşük benlik saygısı, obsesif-kompulsif bozukluk, kötü olaylara maruz kalma, çocukluk çağı cinsel taciz ve istismar gibi çok etkenli yaklaşımlar bulunmaktadır. Obsesif-kompulsif bozukluk ile

---

<sup>96</sup> Esra Güney ve Aslı Çepik Kuruoğlu, "Yeme Bozukluklarında Beyin Görüntüleme Yöntemleri", *Klinik Psikiyatri*, 2007, Sayı: 10, s. 96.

<sup>97</sup> Esra Usta vd., "Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Tutumları ve Obsesif-Kompulsif Belirtileri", *HSP*, 2015, Cilt: 2, Sayı: 2, s. 190.

<sup>98</sup> Erdal Vardar ve Mücadele Erzenin, "Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, Cilt: 22, Sayı: 4, s. 206.

yeme bozuklukları arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinen, etiyolojik, klinik, sağaltım özellikleri ile ilgili temel bilgilerin ortaya çıkarılması için üzerinde hala yoğun olarak çalışılan bir konudur. Yeme bozukluklarında, belirgin düzenli yiyeceklerle ilgili düşünceler, beden imgesi ve zayıflama arzularına ilişkin tekrarlayıcı, inatçı düşünceler obsesyona, yemeklerden kaçınma, aşırı egzersiz yapma, ritüelleşmiş yeme tutumları ise kompulsiyonlara benzetilmektedir.<sup>99</sup>

### 1.2.3. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervroza, fizyolojik, psikolojik, davranışsal değişkenler gösteren, şişmanlık korkusu, beden imgesinde önemli bozukluklar, bitip tükenmeyen bir zayıflama isteği ile belirli bir hastalıktır. Yaşa ve boy uzunluğuna göre en düşük ve bu kilonun üzerindeki beden ağırlığını reddetme, kilo kaybetmeye yönelik amaçlı ve istekli davranış gösterme, kilo almaktan aşırı korku, , beden ağırlığı ve yiyeceklerle aşırı uğraş, özel yemek yeme biçimleri, beden imgesinde bozukluk ve kadınlarda üç ardışık menstruasyonların kesilmesi ile karakterize görülür. Nedenleri kesin olarak saptanamamış olmakla birlikte biyolojik ve psikososyal etkenlerin hastalığın gelişiminde rol aldığı söylenebilir.<sup>100</sup>

Hastaların genellikle yarısı yediği yiyecek miktarını büyük oranda azaltıp kilo kaybetmekte, bir kısmı ise aşırı egzersiz yapmakta ve böylece kilolarını azaltmaya çalışmaktadırlar. Hastaların diğer yarısı ise katı bir diyet uygulamakta, ancak ara sıra kontrollerini kaybedip, tıkinircasına yemek yiyip sonrasında da kusar. Hastalardan bazıları az miktarda yemek yese bile ardından kusmaktadır.<sup>101</sup>

Anoreksiya nervozanın en önemli bulgusu, fiziksel bir hastalıkla ilişkili olmadan kilo kaybı olmasıdır. Kişinin beden imgesi algısı bozulmakta, şişmanlamaktan aşırı derecede korkma hastalığı vardır. Hastalarda üç belirgin klinik bulgudan birincisi, şişmanlamamak için iştah azalması olmadan besin alımını keserek, kusarak, laksatif kullanarak veya aşırı egzersizle tartı kaybetmektir. Hipotalamo-hipofizer gonadal aksta sekonder değişikliklerin gelişmesi ikincil endikasyon olup, üçüncüsü ise şişmanlamak ve yemek yeme kontrolünü kaybetmek korkusunun merkezde bulunduğu psikolojik sorunların varlığıdır. Anoreksiya Nervoza için DMS IV kriterleri ise,

- Vücut algısının bozulması,
- İdeal vücut ağırlığının %85 den az olması,

---

<sup>99</sup> Usta vd., a.g.e., s. 191.

<sup>100</sup> Abanoz, a.g.e., s. 7.

<sup>101</sup> Abanoz, a.g.e., s. 7.



- Kilo almaktan korkma,
- Birbirini takip eden üç ayda adet görmeme şeklindedir.

Anoreksiya Nervozalı hastalar genellikle yememeyi, ileri derecede zayıf kalmayı başarırlar, kilo almaktan çok korkarlar. kalori konusunda oldukça bilgili sahibidirler, Bir deri bir kemik görünümünde olduğu halde kendisini zayıf olarak kabul edemezler şişman olduklarını idda ederler beden algısı oldukça bozulmuştur.. Hasta bilinçli olarak yememekte, zayıf kalmakta direnmektedir.<sup>102</sup>

Anoreksiya nervozanın tarihsel geçmişine bakılırsa, orta çağ döneminde azizelerin geri dönülmez bir açlık durumuna geldikleri ve bu şekilde kutsallığı yaşadıkları dini kaynaklardan alınan bilgiler arasındadır. Günümüzde ilk kez anoreksiya nervoza adı verilerek yeme bozukluğu Simone Porta O. Portio tarafından 16 yüzyılda tanımlanmıştır. 17. yüzyılın ikinci yarısından sonra John Reynolds 18 yaşındaki anorektik hasta Martha Taylor ve daha sonraki yıllarda Rihard Morton' un üzerinde durduğu iki anoreksiya nervoza olgusu bulunmaktadır. 1873 yılında Londra'dan Ernest Charles Laseque ve Sir William Gull, 1874 yılında da Sir William Gull ilk kez anoreksiya nervoza terimini kullanmışlardır. 1950'li yıllara kadar anoreksik hastalar dahili servislerde izlenmiştir. II. Dünya Savaşı sonrasında psikosomatik hastalıklara olan ilginin artması ile anoreksiya nervoza da psikosomatik hastalıklar grubuna alınmıştır. Bu yıllarda Hilda Bruch anoreksiya nervozada psikolojik boyutun temel olduğunu ifade etmiştir. Bütün bunlarla birlikte anoreksiya nervozanın psikiyatrik bir bozukluk olduğu son otuz yıl içinde kabul görmüştür.<sup>103</sup>

#### **1.2.4. Bulimiya Nervozası**

Bulimiya nervoza ise aşırı yeme nöbeti sonrasında hastada yoğun kendini eleştirme, suçluluk duyguları ve depresif duygudurum ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Dönemsel tekrarlamalarla birlikte aşırı yemek yeme ve ardından kusma, laksatif ve diüretik kullanımı veya aşırı egzersiz yapma gibi davranışları içerir. Aşırı yeme eşliğinde yoğun olarak kontrolünü kaybetme duygusu vardır. Bu hastalar beden biçimi ve ağırlığı ile aşırı ilgilenen ve aşırı yemek sırasında aldığı kaloriyi kaybetmeye yönelik düzenli davranışları olan kişilerdir. Fiziksel olarak normal ağırlıkta veya kilolu olabilirler. Genç yaşlarda, özellikle anoreksiya nervoza

---

<sup>102</sup> Çelik Arnik, a.g.e., s. 5.

<sup>103</sup> Kontbay, a.g.e., s. 9.

ergenlik, bulimiya nervoza ise genç erişkinlik döneminde başlar. Her iki yeme bozukluğu da kadınlarda daha fazla görülür.<sup>104</sup>

Bulimiya nervoza nöbet şeklinde yaşanan aşırı yemek yeme, kilo alma buna karşın bir yandan da kiloyu durdurma çabaları ile belirli bir psikiyatrik bozukluktur. Bu nöbetler sırasında kişinin bütün çabalarına, korkularına rağmen yemek yemeyi durduramadığı görülmektedir. Tıpkı anorektiklerdeki gibi kilo almamak için laksatif, diüretik kullanma ve beden ağırlığı, güzellik, çirkinlikle aşırı uğraş vardır. Anoreksiya nervozaya göre başlangıç yaşı biraz daha geçtir. Bu bozukluk inatçı anoreksiya nervozanın bir kalıntısı olarak da kabul edilebilir.<sup>105</sup>

Bulimiya nervozanın tarihsel geçmişine bakıldığında, ilk olarak 1950'li yılların sonunda tanımlanmıştır. İlk kez Gerald Russell tarafından tanımlanmış ve bu isim ilk kez yine Russell tarafından kullanılmıştır. Russell anoreksiya nervoza belirtilerine ek olarak tıkanırcasına yeme ve ardından kusma belirtileri gözlemlendiğinde olgunun bulimiya nervoza tanısı aldığı belirtmiştir. Russell'e göre bulimiya nervoza anoreksiya nervozaya oranla tedavisi oldukça güç ve prognozu daha kötü bir hastalıktır. 1980 yılında ise bulimiya nervozanın farklı bir hastalık olduğu kararı verilmiştir. Bulimiya nervozada tıkanırcasına yemek yeme nöbetleri görülmektedir. Hasta bu nöbetlerde normal bir kişinin yiyebileceğinden çok daha fazlasını çok daha kısa zamanda tüketmektedir. Tüm çabalarına ve üzüntüsüne rağmen doyma duygusunu hissedememekte ve kendini kontrol edememektedir. Kilo almayı önlemek için de kusmakta, ilaç yardımı ile yediği yiyeceklerden kurtulmaya çalışmaktadır.<sup>106</sup>

### **1.2.5. Tıkanırcasına Yeme (Aşırı Yeme) Davranış Bozukluğu**

Tıkanırcasına yeme bozukluğu kişide açlık hissi olmasa bile kısa bir süre içinde çok fazla yemek yeme olarak tanımlanmaktadır.<sup>107</sup> Tıkanırcasına yeme fazla kilolu kişilerde en sık görülen psikolojik bozukluktur. Bu bozukluk bir yeme davranışı bozukluğudur. Belirli bir zaman diliminde aynı koşullar altındaki birçok kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yemek yeme ve bu zaman dilimi içinde yemeyi durduramama şeklinde görülür. Kişinin yeme üzerindeki kontrolü kaybetme olarak tanımlanır. Kilo verme çabaları sırasında görülen kontrol kayıpları da yeme

---

<sup>104</sup> Usta vd., a.g.e., s. 192.

<sup>105</sup> Çelik Arnik, a.g.e., s. 5.

<sup>106</sup> Kontbay, a.g.e., s. 9.

<sup>107</sup> Usta vd., a.g.e., s. 192.

bozuklukları riskini, özellikle de tıkanırcasına yeme bozukluğu riskini arttırmaktadır.<sup>108</sup>

DSM-IV kriterlerine göre Tıkanırcasına yeme bozukluğu başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları arasında olup, çoğunlukla şişman ve obez kişileri etkileyen yeme davranış bozukluklarından. Tıkanırcasına yeme bozukluğu 2 saatlik periyotlarda kontrol kaybı ile fark edilen büyük miktarda yiyeceğin yenmesi ile karakterizedir. Kusma veya laksatif kullanımı gibi davranışlar görülmez. Son yıllarda obez kişilerde, çok büyük miktarlarda yiyeceğin kontrolsüzce tüketilmesi anlamına gelen, tıkanırcasına yeme davranışı klinik düzeyde önem kazanmaya başlamıştır. Tıkanırcasına yeme davranışının beden memnuniyetsizliği ile ilişkili depresif belirtiler ya da hayal kırıklığı gibi negatif duygularla baş etmek için kullanılan bir duygu düzenleme stratejisi olabileceği öne sürülmektedir. Bu bozuklukta;

- Aç olmadan yeme,
- Hızlı yeme, yalnızken yeme,
- Fiziksel olarak rahatsız olana dek yeme,
- Tiksime gibi belirtilerden en az üç tanesi bulunmaktadır.

Genel toplumda kadınlarda görülme oranı % 1,8'dir. Tıbbi durumlarla birlikteliği obeziteye benzer. Tıkanırcasına yeme bozukluğunda gizli yemek yeme, suçluluk duygusu hissetme ve kendinden tiksime görülür. Bu hastalık için risk grupları arasında çocukluk yaşanan olumsuz yaşantılar, ebeveynlerde depresyon varlığı, fiziki görünümle aşırı ilgilenmek, obeziteye karşı duyarlılık, kilo ve yeme ile ilgili yineleyen olumsuz düşünceler ve yorumlar, negatif benlik algısı ve, hastalık öncesi mükemmeliyetçilik vardır.<sup>109</sup>

Duygusal gerginlik sıklıkla aşırı yeme ile ilişkilidir. Tıkanırcasına yeme bozukluğu olanlarda depresyon, anksiyete, takıntı bozukluğu gibi patolojiler, aşırı şişman olup, tıkanırcasına yeme bozukluğu olmayanlara göre belirgin şekilde sıktır. Tıkanırcasına yeme bozukluğunun kontrolü kilo verdirilmeyebilir fakat kilo artışını durdurabilir. Tıkanırcasına yeme bozukluğu kısa süreli ilaç ve psikolojik

---

<sup>108</sup> İpek Ağaca Özger, Fazla Kilolu ve Obez Bireylerde Duygu Değişiklikleri ve Yeme Eğilimi İlişkisinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, T.C. Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2012, s. 29 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>109</sup> Serap Güzel, Tip 2 Diyabetli Bireylerin Yeme Tutum ve Davranışları ile Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2014, s. 16, (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

müdahalelere karşı çok dirençlidir. Henüz hem tıkanırcasına yeme bozukluğunun iyileşmesini sağlayan, hem de kilo verdiren bir tedavi metodu bulunamamıştır.<sup>110</sup>

Yapılan çalışmalarda tıkanırcasına yemek yiyen obezlerin vücut şekli, kilo ve yeme konusunda oldukça kaygılı oldukları, üstelik kilo kontrol programlarına katılan tıkanırcasına yiyen obezlerin anlamlı derecede daha fazla yeme davranışı ile ilgili sorunlar yaşadıkları bulunmuştur. Tıkanırcasına yemenin nedenleri çok iyi bilinmez. Bu kişiler kendilerini aşırı derecede eleştirirler. Yeme, kilo ve vücut şekli ve bunların kontrolü bağlamında kendilerine aşırı standartlar koyarlar ve bunları gerçekleştiremediklerinde kendilerinin hatalı olduğunu düşünürler. Literatürde obez olup ta tıkanırcasına yeme bozukluğu olmayan kişilere bakıldığında, tıkanırcasına yeme bozukluğu olan obez kişilerin daha depresif oldukları bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmaya göre ise tıkanırcasına yeme bozukluğu olan obezlerde tıkanırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlere göre daha düşük benlik saygısı ve duygulanım ve kişilik bozuklukları olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, tıkanırcasına yeme bozukluğunun obeziteyle ilişkili psikiyatrik problemler için risk faktörü olduğu ya da bu problemleri derinleştirdiği söylenebilir.<sup>111</sup>

#### 1.2.6. Obezite ve Emosyonel Yeme

Açlık, iştah, doyma kavramları birbirinden kavramlar olup; açlık fizyolojik bir durum, iştah ise psikolojik bir olgudur. Tokluk ise vücudun yeteri kadar gıda almasıyla, tokluk sinyallerin oluşması ve gıda alımının bitirilmesidir. Tokluk gıda alımının kesilmesinden sonra gelişen açlık hissinin oluşumuna kadar geçen süreyi tanımlar.<sup>112</sup>

Cerrahi olarak midesi uzaklaştırılan hastalarda da belirgin bir açlık hissi gözlemlenmiştir. Açlık sadece midede oluşmadığı karaciğer ve midedeki reseptörlerin hipotalamusu uyararak açlık hisini oluşturduğu düşünülmektedir. Ancak hipotalamus tek başına çalışmamaktadır. Enerji homeostazının düzenlenmesi ve sübstrat metabolizması çok karmaşıktır ve bunda pek çok fizyolojik sistemin, nöral ve biyokimyasal yolların rolü olduğu bilinmektedir. Enerji dengesinde, kısa veya uzun süreli araçların rolü vardır. Örneğin; sindirim sistemi hormonları ve enzimler, hipotalamik peptidler, sitokinler, nörotransmitterler, steroid hormonlar ve 11-β-hidroksisteroid dehidrogenaz enzimi gibi pek çok molekül, enerji metabolizmasını

---

<sup>110</sup> Ağaca Özger, a.g.e., s. 29.

<sup>111</sup> Zeliha Babayiğit vd., "Obez Kadınlarda Tıkanırcasına Yeme Bozukluğunun Psikopatoloji ve Bilişsel Açından İncelenmesi", *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 2013, Cilt: 33, Sayı: 4, s. 1080.

<sup>112</sup> Süleyman Hilmi İpekçi ve Levent Kebapçılar, "Obezite ve Gastrointestinal Sistem İlişkisi", *Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Özel Dergisi*, 2013, Cilt: 6, Sayı: 1, s. 67.

etkiler. Yağ asitleri, yağ oksidasyonu ve yağ dokusu hormonları gibi.<sup>113</sup> Ghrelin hormonunun açlık hissini başlatan en önemli etkenlerden olduğu, ilk kez 1999 yılında Japon araştırmacı Kojima ve arkadaşları (2001) tarafından keşfedilmiştir.<sup>114</sup>

### 1.2.7. Yeme Davranışının Nöropsikolojik Yanı

Yeme davranışının regülasyonu nörotransmitterler, hormonlar gibi nöropsikolojik maddelerle beraber homeostazisin sağlandığı birçok metabolik yol ve hedonik sistemler sağlanmaktadır.<sup>115</sup> Yemek zaman zaman açlık olmadan da psikolojik bir dürtü olarak ortaya çıkmakta ve fizyolojik açlık hissedilmezken motivasyon, duygusal sebepler veya sosyal aktivite olarak yapılabilir. Hedonistik yeme olarak tanımlanan ve kişinin lezzetli yiyeceklere karşı konulmaz derecede istek duyması ve bunları tüketmekten fazlaca zevk almasını beynin kortiko- limbik nöral ağı tarafından düzenlenmektedir.<sup>116</sup>

Yeme bozukluklarının moleküler temelinde nörotransmitterlerden serotonin ve dopamin ile yakından ilintilidir. Serotoninin iştah, beslenme, motivasyon, vücut ağırlığının düzenlenmesi, cinsellik ve uyku üzerinde düzenleyici etkileri vardır. Mutluluk hormonu olarak da bilinen serotonin bir hormon değildir, nörotransmitterdir. Nörotransmitterler beyin hücrelerinin birbirleriyle iletişim kurarken kullandığı moleküllerdir. Yapılan çalışmalar serotoninin en az yedi farklı alması olduğunu göstermiştir. Serotonin almaçlarının düzenlenmesinde östrojenin önemli işlevi vardır. Dolayısıyla östrojen metabolizmasındaki bir bozukluğun serotoninin işlevlerini olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir durumdur.<sup>117</sup>

Hedonistik yemenin, belirli bir maddeye veya besine karşı eğilimi olan kişilerde karakteristik olarak dopamin yetersizliği olabileceği, bunun bir tür bağımlılık olduğu ve beynin mesokortikolimbik bölgedeki dopamin aktivasyon seviyesine bağlı olarak düzenlenmekte olduğu öne sürülmektedir.<sup>118</sup> Hipo-dopaminerjik durum “ödül

---

<sup>113</sup> Şükran Arıkan, “İnsanlarda Açlık ve Tokluk Hissinin Oluşumu”, *Ulusal KOP Kalkınma Sempozyumu*, 15 Kasım 2013 Sözlü Bildiri.

<sup>114</sup> Masayasu Kojima vd., “Ghrelin: Discovery of the Natural Endogenous Ligand For The Growth Hormone Secretagogue Receptor”, *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 2001, Volume: 12, Issue: 3, s. 120.

<sup>115</sup> Michael R. Lowe and Allen S. Levine, “Eating Motives and the Controversy Over Dieting: Eating Less Than Needed Versus Less Than Wanted”, *Obesity Research*, 2005, Volume: 13, Issue: 5, s. 799.

<sup>116</sup> Dorothy J. Van Buren and Meghan M. Sinton, “ Psychological Aspects of Weight Loss and Weight Maintenance”, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2009, Volume: 109, Issue: 12, s. 1995.

<sup>117</sup> Arıkan, a.g.e.

<sup>118</sup> Caroline Davis vd., “ From Motivation to Behaviour: A Model of Reward Sensitivity, Overeating and Food Preferences in the Risk Profile For Obesity”, *Appetite*, 2007, Volume: 48, Issue: 1, s. 14.

yetersizliği sendromu” olup, obezite için risk teşkil eden dopamin D2 reseptörünün yetersiz olduğu durumdur.<sup>119</sup>

Hedonik yeme eğiliminde ödüle karşı olan duyarlılık durum, duygusal yeme, tıkanırcasına yeme, çok sık atıştırma gibi ağırlık kazanımına neden olan yeme davranışlarıyla korelasyon içindedir.<sup>120</sup> BKİ 21-25 olan normal ve BKİ 26-29 arasında olan kilolu bireylerde ödüle olan duyarlılık arasında pozitif bir ilişki varken, BKİ 30 ve üzeri kişilerde negatif bir ilişki vardır.<sup>121</sup>

### 1.2.8. Yeme Davranışları İle İlgili Teoriler

Yemek yeme işlevinde duyguların önemli ve etkili olduğu bilinmektedir. Emosyonel, duygusal yeme ya da duygusal iştah; kişinin mutluluk, üzüntü, sinirlilik, korku veya yalnızlık gibi psikolojik durumlarda fizyolojik olarak aç olmamasına rağmen gıda alımı olarak tanımlanmaktadır.<sup>122</sup>

Psikosomatik teoriye (Bruch, 1973) göre, emosyonel yeme, erken yaşlardaki hatalı ve kafa karıştırıcı yaşamışlıklar açlık ve doyma durumlarının iç içe geçmesi sonucu strese cevap olarak verilen yanlış yeme davranışı biçimidir. Stres anında gözlenen fizyolojik reaksiyonlar ile olumsuz emosyonlar sonrası vücudun gösterdiği reaksiyonlar, beslenme sonrası oluşan tokluk hissine benzemektedir. Bu durumda gastrik motilite yavaşlar, şekerin kan dolaşımına geçişi uyarılır ve böylece açlık hissi baskılanarak iştah kaybı ve besin alımının azalması gerçekleşir bu doğal süreçtir. Ancak bazı bireyler olumsuz duygusal uyarımlarla karşılaştıklarında besin alımının azalması beklentisinin aksine besin alımında artış gözlenmektedir. Bu teoriye göre bu kişiler iştah gibi içsel uyarılara ya da açlık ve tokluk hislerine cevap olarak değil emosyonlarına cevap olarak yemektirler.<sup>123</sup>

Emosyonel yemenin bilinçli ve bilinçsiz komponentleri olduğu söylenebilir. Stresi ortadan kaldırmak için yemeye yönelme bilinçli iken, duygularını tam olarak ayırtıramayan kişiler için otomatik bir reaksiyon olan yönü de bulunmaktadır. Emosyon düzenlemesi yani duygulanımın yeme davranışını kontrol eden kişiler olumsuz duygulanımlarını azaltmak için yemek yerler. Obez bireylerde depresif belirtiler sık görülür. Obez bireylerin bu şekilde gıda alımına yönelmesi olumsuz

---

<sup>119</sup> Caroline Davis and John Fox, “ Sensitivity to Resard and Body Mass Index (BMI): Evidence For A Non-Linear Relationship”, **Appetite**, 2007, Volume: 50, Issue: 1, s. 45.

<sup>120</sup> Paul J. Kenny, “ Reward Mechanisms in Obesity: New Insights and Future Directions”, **Neuron**, 2011, Volume: 69, Issue: 4, s. 667.

<sup>121</sup> Michael R. Lowe and Meghan L. Butryn, “ Hedonic Hunger: A New Dimension of Appetite?”, **Physiology and Behavior**, 2007, Volume: 91, Issue: 4, s. 434.

<sup>122</sup> Sevinçer ve Konuk, a.g.e., s. 174.

<sup>123</sup> Machteld A. Ouwens vd., “Tendency Toward Overeating and Restraint as Predictors of Food Consumption”, **Appetite**, 2003, Volume: 40, Issue: 3, p. 294.

duygulanımlarını azaltmak için kullandıkları bir baş etme yöntemi olduğu düşünülmektedir. Olumsuz duygulanımla aşırı yemenin baş edilemeyen emosyonlara karşı, kompulsif yeme davranışı olduğu bilinmektedir.<sup>124</sup> Emosyonel yemede sıkılırken, boş dururken ya da yalnızken duygu yoğunluğunu dağıtmak amacıyla yeme görülebildiği gibi daha sıklıkla görünen, açık bir emosyona, öfke kızgınlık ya da irritasyon gibi tepki olarak yemez (gibi).<sup>125</sup>

Besin alımının artması ve azalmasını etkileyen stres, toplam besin alımı miktarını iki şekilde etkilemektedir. Stres kronikleşmişse genellikle bireylerin enerji yoğunluğu yüksek olan şekerli ve yağlı yiyeceklere yönelmesine neden olmaktadır. Bu da enerji alının oldukça yükselterek obeziteye sebep olabilir.<sup>126</sup>

Yapılan çalışmalarda yaşanan stres karşısında yeme isteği yönündeki uyarılar, kişinin kilo almasına ve obezite gelişmesine neden olan bir faktör olarak gösterilmiştir.<sup>127</sup> Stres ve yeme arasındaki ilişki cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Genellikle erkeklerin stresle baş etme araçları öncelikle alkol tüketimi ve sigara içimi olurken, kadın daha fazla yeme eğilimindedir.<sup>128</sup>

Duygusal stres altındayken, emosyonel yeme davranışı olan bireyler emosyonel yeme problemi olmayanlara göre daha fazla besin tüketirken, besin tercihleri fazla şekerli ve yüksek yağlı besinler yönünde olmaktadır.<sup>129</sup>

Dışsal yeme teorisi; fizyolojik açlık hissetmeksizin, ortamdaki yiyeceğin kokusu, görünüşü, lezzeti gibi özelliklerine karşı var olan yüksek duyarlılıktır.<sup>130</sup> Dışsal yeme teorisinde psikosomatik teorideki gibi bireyler kendi içsel açlık ve tokluklarına karşı duyarlı değildirler. Bu noktada psikosomatik teoriden, dışsal yeme teorisini arasındaki en büyük ayırıcı durum yemenin başlama nedenidir. Dışsal yeme davranışı olan bireyler sadece akıllarında yemek yokken, besinin varlığında, kokusu veya görünüşü gibi özelliklerinden etkilendikleri için aşırı yerler.<sup>131</sup>

---

<sup>124</sup> Michael Macht, "How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model", *Appetite*, 2008, Volume: 50, Issue: 1, p. 3.

<sup>125</sup> Greet Vansant and Mieke Hulens, "The Assessment of Dietary Habits in Obese Women: Influence of Eating Behavior Patterns", *Eating Disorders*, 2006, Volume: 14, Issue: 2, p. 123.

<sup>126</sup> Susan J. Torres and Caryl A. Nowson, "Relationship Between Stress, Eating Behavior and Obesity", *Nutrition*, 2007, Volume: 23, Issue: 11-12, p. 889.

<sup>127</sup> Torres and. Nowson, a.g.e., p. 889.

<sup>128</sup> Jaana Laitinen vd., "Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior", *Preventive Medicine*, 2002, Volume: 34, Issue: 1, p. 30.

<sup>129</sup> Michael Macht and Jochen Mueller, "Immediate Effects of Chocolate on Experimentally Induced Mood States", *Appetite*, 2007, Volume: 49, Issue: 3, p. 669.

<sup>130</sup> Catharine Evers vd., "The Shaping Role of Hunger on Self-Reported External Eating Status", *Appetite*, 2011, Volume: 57, Issue: 2, p. 318.

<sup>131</sup> Tatjana Van Strien and Gerard M. Schippers, "On The Relationship Between Emotional and External Eating Behavior", *Addictive Behavior*, 1995, Volume: 20, Issue: 5, p. 587.

Dışsal yemesi olanlar, besinin kokusu, görünüşü gibi uyaran varlığında yüksek yanıt verme davranışı gerçekleşir. Psikosomatik teoriye göre emosyonel yemesi olanlar dışsal bir uyarıya cevap olarak değil kişinin kendi emosyonlarında meydana gelen değişikliğe yanıt olarak yerler. Psikosomatik teorinin ve dışsal teorinin etiyojilerinin farklı olmasının yanı sıra benzerlikleri de vardır. İki teoride de “obez yeme davranışı” vardır ve yeme eyleminin diyet yapma sonucu ortaya çıkmasından ziyade o süreçte diyetle olma ön plandadır.<sup>132</sup>

Bruch'ın teorisi yanlış açlık farkındalığı ile aşırı yemeyi ilişkilendirmiştir. Bu teori ile de açlık yaşantısının sadece içgüdüsel olmadığına yani öğrenilmiş bir tarafı olduğuna da dikkat çekilmiştir. Obez bireylerde beslenme ve diğer bedensel ihtiyaçların giderilmesi çerçevesinde gerçekleşen deneyimler ve kişilerarası olaylar hatalı değerlendirilmiştir. Hatalı ve kafa karıştırıcı erken yaşantılar açlık ve doyma hissini tanımlama ile ilgili becerilerin iç içe geçmesine sebep olur. Özellikle çocukluk döneminde çocuğa yemesi veya yememesi konusunda baskı yapılması, iyi bir davranış karşılığında her hangi bir besinin ödül olarak sunulması çocukta bir öğrenmeyi gerçekleştirir. Ailesel kontrol mekanizmasının sık olduğu ailelerin çocuklarında aç ya da tok olmayla ilgili algılara olan duyarlılığın gelişiminde aksaklıklar görülmektedir. Açlık ve toklukla ilgili algılamada problem yaşayan bu çocuklar ileri yaşlarda herhangi bir uyaran durumunda aç olmaya bağlı olmaksızın yeme davranışını göstermektedirler.<sup>133</sup>

Kısıtlama Teorisine göre kısıtlama, gıdalara karşı duyulan arzu ile bu arzuya direnme çabası yeme davranışımızı belirler ve yeme arzusuna karşı gösterilen bir kognitif çabadır. Kısıtlayıcı yeme davranışı olanlar sürekli çok yediklerinden yakınırlar ve kilolu olmaktan kaçınmak için sürekli yeme davranışını kısıtlarlar. Kısıtlayıcı davranışı olmayanlarda bu korku yoktur, gıda alımının sonuçlarından endişe etmezler.<sup>134</sup>

Kısıtlayıcı yeme davranışında kişi, ihtiyaç duyduğu kadar besini almak yerine yemeğinin miktarını azaltma davranışı olup besinlere karşı duyulan arzu ile bu arzuya direnme çabasıdır. Kısıtlama, bu arzuya karşı gösterilen kognitif bir çabadır. Kısıtlayıcı tarzda yeme davranışı içindeki kişiler şişman olmandankorktukları için sürekli çok yediklerinden yakınmakta ve kaçınmak için sürekli yeme miktarlarını

---

<sup>132</sup> Strien and Schippers, a.g.e., p. 587.

<sup>133</sup> Tatjana Van Strien vd., “Eating Style, Overeating and Overweight in a Representative Dutch Sample. Does External Eating Play a Role?”, *Appetite*, 2009, Volume: 52, Issue: 2, p. 382.

<sup>134</sup> Elfhag and Morey, a.g.e., p. 290.



kısıtlama içindedirler. Besin alımı ile ilgili sürekli bir endişe içerisindedirler, kısıtlayıcı davranışı olmayan bireylerde ise böyle bir korku yoktur.<sup>135</sup>

Kısıtlama teorisindeki “disinhibisyon hipotezi”ne göre ise kısıtlamalı tarzda yiyen kişilerin otokontrollerinin bazı olaylar sonucu geçici olarak bozulmaktadır. Kısıtlayıcı yeme davranışı olan kişilerin amacı kilo vermek değil mevcut kiloyu sabit tutmayı sağlamaktır. Bu tutumu benimseyenler sürekli bir kilo kontrolü içinde olup kilo alımını engellemek, bazen de kilo vermek için sürekli diyet yapmaktadırlar.<sup>136</sup> Kısıtlayıcı yeme davranışı üzerinde kişi kontrolünü kaybettiğinde anksiyete ve depresyon gibi güçlü duygular yaşamakta ve bu durum karşısında alkol tüketmesine ya da aşırı yediğine dair bir algı oluşması kısıtlama sürecinin bölünmesine neden olmaktadır.<sup>137</sup> Kısıtlayıcı yeme davranışı içinde olan kişiler kısıtlama yapmayanlara göre stres anında hiperfajiye daha fazla eğilimlidirler. Kısıtlayıcı yeme davranışında olanlar sık sık diyet yapmaktadırlar. Bu nedenle bu bireylerin aşırı yediklerini düşündüklerinde diyetlerinin bozulduğunu düşünerek kısıtlamalarını bir süreliğine sona erdirmektedirler.<sup>138</sup>

Emosyonel yemede yaşanan olumsuz duygularda tatlı ve yağlı, kalorisi yüksek gıdaların daha fazla yendiği görülürken, kısıtlayıcı yeme davranışında besin seçiminden ziyade büyük porsiyonların tercihinin arttığı görülmektedir. Besin seçimiyle ilgili olarak emosyonel yeme eğiliminde olan kişilerin olumsuz duyguya baş etmek için bu tercihi yaptıkları, buna karşılık kısıtlayıcı yeme davranışı olan bireylerin porsiyon artışının nedeni negatif koşullar altında bilinçli kontrol mekanizmasının zarar görmesi sonucu besin alımını artırmalarıyla açıklanmaktadır.<sup>139</sup>

Genel olarak bakıldığında emosyonel yiyen kişiler yeme davranışlarını, olumsuz duygusal durumlardan veya stresten kurtulmak amacıyla baş etme yöntemi olarak kullandığı, bu durumun giderek problemlili bir hale dönüştüğü ve dolayısıyla obeziteye yol açtığı söylenebilir.<sup>140</sup>

Emosyonel yeme davranışı gösteren kişilerin yeme davranışını uyaran ana etkenlerden birisi de sosyal olarak kendinden emin olamamak ve mutsuzluktur.

---

<sup>135</sup> Sevinçer ve Konuk, a.g.e., s. 174.

<sup>136</sup> Elfhag and. Morey, a.g.e., p. 290.

<sup>137</sup> Sevinçer ve Konuk, a.g.e., s. 174.

<sup>138</sup> Tatjana Van Strien vd., “Restraint, Tendency Toward Overeating And Ice Cream Consumption”, **Eating Disorders**, 2000, Volume: 28, Issue: 3, p. 335.

<sup>139</sup> Strien vd., 2000, a.g.e., p. 335.

<sup>140</sup> Nicola J. Henderson and Gail F. Huon, “Negative Affect and Binge Eating in Overweight Women”, **British Journal of Health Psychology**, 2002, Volume: 7, p. 80.

Emosyonel yeme sıklıkla, beden algısı bozukluğu, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları ve yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir.<sup>141</sup>

Günümüzde çalışma hayatının yarattığı stres yaşandığı süre içerisinde, kişiler yaşadıkları stresten ayrı olarak az zamanda yemek zorunda olmaları ve yemeklerini hazırlamak için yeterli zamanları olmamaları nedeniyle daha fazla enerjisi yüksek yiyecekler yemektedirler. Bu bağlamda gıdaya kolay ulaşılması ve yüksek enerjili hazır gıdaların tüketiminin artması da obeziteye neden olarak görülmektedir.<sup>142</sup>



---

<sup>141</sup> Tatjana Van Strien, "Ice-Cream Consumption, Tendency Toward Overeating, and Personality", *The International Journal of Eating Disorders*, 2000, Volume: 28, Issue: 4, p. 462.

<sup>142</sup> Andrew M. Prentice and Susan A. Jebb, "Fast Food, Energy Density and Obesity: A Possible Mechanistic Link", *Obesity Reviews*, 2003, Volume: 4, Issue: 4, p. 189.

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, bu araçların geçerlilik ve güvenilirlikleri, yapılan işlemler ve veri analiz teknikleri ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

#### 2.1. Araştırma Modeli

Çalışma, “Karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli”ne uygun bir şekilde hazırlanmıştır. İki ve ya daha fazla değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma deseninin tümü “ilişkisel tarama modeli” olarak tanımlanır. Bu modelden biri olan “karşılıklı ilişkisel tarama” gerçek bir neden sonuç ilişkisi vermeyen, fakat bazen o yönde ipuçları vererek, bir değişkendeki durumun belirlenmesi halinde diğerinin kestirilmesinden yararlı sonuçlar sağlayan bir araştırma düzenidir. Modelde en olası çözümden başlayarak ilişkinin karşılaştırma yolu ile belli bir sonucun oluşma nedenleri “tek”e indirgenmeye çalışılır.<sup>143</sup>

#### 2.2. Araştırma Örnekleme

Çalışma, Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu'nun 08.12.2014 tarih ve 11566354–770–99–144 sayılı kararınca uygun görülmüş olup Kamu Hastaneler Birliği Çekmece Bölgesi Sekreterliğince de araştırma 13.07.2015 tarih ve 7523446 / 501.07.01 sayılı karar çerçevesinde Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür. Bu kapsamda araştırmanın Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi'nde muayene olan hastalardan obezite riski ve obezite tanısı ile Diyet Polikliniğine yönlendirilen 18 yaş üzeri ve menapoza girmemiş kadınlardan BKİ 25 ve üzeri olan bilgilendirilmiş gönüllüler çalışmaya dahil edilmiştir. Gönüllülerin diyabet, hipotiroidi, polikistik over ve psikiyatrik sorunlu olmayan ve buna yönelik ilaç kullanmayanlar seçilmiştir.

---

<sup>143</sup> Şener Büyüköztürk vd., *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara, 2012.

**Tablo-1** Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

		n	%
Yaş grubu	25 Yaş ve Altı	27	26,2
	26 Yaş – 30 Yaş	16	15,5
	31 Yaş – 35 Yaş	20	19,4
	36 Yaş – 40 Yaş	18	17,5
	41 Yaş ve Üstü	22	21,4
	Toplam	103	100,0
Medeni durum	Bekar	24	23,3
	Evli	74	71,8
	Boşanmış	5	4,9
	Toplam	103	100,0
Eğitim durumu	Okur Yazar Değil	2	1,9
	İlkokul	33	32,0
	Ortaokul	17	16,5
	Lise	29	28,2
	Üniversite ve Üzeri	22	21,4
	Toplam	103	100,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	14	13,6
	Çalışmıyor	84	81,5
	Emekli	5	4,9
	Toplam	103	100,0
Haneye giren toplam gelir	999 TL ve Altı	7	7,8
	1000 TL – 1499 TL	33	36,7
	1500 TL – 1999 TL	19	21,1
	2000 TL – 2499 TL	5	5,5
	2500 TL – 2999 TL	14	15,6
	3000 TL – 3999 TL	8	8,9
	4000 TL ve Üzeri	4	4,4
	Toplam	90	100,0
Ailedeki kişi sayısı	2	5	5,2
	3	22	22,9
	4	35	36,5
	5	17	17,7
	6 ve Üzeri	17	17,7
	Toplam	96	100,0

Tablo-1’de hastaların sosyodemografik özellikleri gösterilmektedir. Buna göre; hastaların 27’si (%26,2) 25 yaş ve altı, 16’sı (%15,5) 26 yaş – 30 yaş arasında, 20’si (%19,4) 31 yaş – 35 yaş arasında, 18’i (%17,5) 36 yaş – 40 yaş arasında, 22’si (%21,4) 41 yaş ve üstü olarak dağılmaktadır. Hastaların yaş ortalaması  $32,5 \pm 9,2$  (18-55) yaş idi.

Hastaların medeni durum değişkenine göre 24’ü (%23,3) bekar, 74’ü (%71,8) evli, 5’i (%4,9) boşanmış olarak dağılmaktadır (Tablo-1).

Hastaların 2'si (%1,9) okuryazar değil, 33'ü (%32,0) ilkokul, 17'si (%16,5) ortaokul, 29'u (%28,2) lise, 22'si (%21,4) üniversite ve üzeri mezunudur (Tablo-1).

Hastaların 14'ü (%13,6) çalışıyor, 84'ü (%81,6) çalışmıyor, 5'i (%4,9) ise emeklidir (Tablo-1).

Hastaların haneye giren gelir durumuna bakıldığında; 7'sinin (%7,8) 999 TL ve altı, 33'ünün (%36,7) 1000 TL – 1499 TL, 19'unun (%21,1) 1500 TL – 1999 TL, 5'inin (%5,6) 2000 TL – 2499 TL, 14'ünün (%15,6) 2500 TL – 2999 TL, 8'inin (%8,9) 3000 TL – 3999 TL, 4'ünün (%4,4) 4000 TL ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo-1).

Hastaların ailedeki kişi sayısı; 5'inin (%5,2) 2, 22'sinin (%22,9) 3, 35'inin (%36,5) 4, 17'sinin (%17,7) 5, 17'sinin (%17,7) 6 ve üstüdür (Tablo-1).

**Tablo-2** Araştırmaya Katılanların İlaç Kullanma Durumları İle İlgili Bulgular

		N	%
Sürekli ilaç kullanma durumu	Evet	15	14,6
	Hayır	88	85,4
	Toplam	103	100,0
Sürekli kullanılan ilaç	Astım ilacı	2	11,7
	Kas gevşetici	2	11,7
	Kan ilacı	2	11,7
	Bel fıtığı ilacı	1	5,9
	Foster	1	5,9
	Gaz ilacı	1	5,9
	Glikofen	1	5,9
	Baş ağrısı ilacı(Analjezik)	1	5,9
	Kolesterol ilacı	1	5,9
	Şeker ilacı(Matofin)	1	5,9
	Pastil	1	5,9
	Prozac	1	5,9
	Tansiyon ilacı	1	5,9
	Vertigo ilacı	1	5,9
Toplam	17	100,0	
Düzenli olarak vitamin ve mineral desteği alma	Evet	4	3,9
	Hayır	99	96,1
	Toplam	103	100,0
Kullanılan vitamin	B Vitamini	1	25,0
	D Vitamini	2	50,0
	Omega 3	1	25,0
	Toplam	4	100,0

Tablo-2'ye göre; hastaların 15'i (%14,6) sürekli ilaç kullanırken, 88'i (%85,4) sürekli ilaç kullanmamaktadır. İlaç kullanan hastaların kullandığı ilaçlara bakıldığında; 2'sinin (%11,7) astım ilacı, 2'sinin (%11,7) kas gevşetici ilacı, 2'sinin

(%11,7) kan ilacı, 1'nin (%5,9) bel fıtığı ilacı, 1'nin (%5,9) foster, 1'nin (%5,9) gaz ilacı, 1'nin (%5,9) glikofen, 1'nin (%5,9) baş ağrısı ilacı, 1'nin (%5,9) kolesterol ilacı, 1'nin (%5,9) matofin, 1'nin (%5,9) pastil, 1'nin (%5,9) prozac, 1'nin (%5,9) tansiyon ilacı ve 1'nin (%5,9) vertigo ilacı kullandığı görülmektedir.

Hastaların 4'ünün (%3,9) düzenli olarak vitamin mineral desteği aldığı, 99'unun (%96,1) almadığı belirlenmiştir. Hastaların 1'nin (%25) B vitaminini, 2'sinin (%50) D vitamini ve 1'nin (%25) Omega 3 aldığı saptanmıştır (Tablo-2).

### 2.3. Araştırma Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veriler iki ölçme aracı ile toplanmıştır.

#### 2.3.1. Bilgi Toplama Formu

Çalışmada veriler gönüllü olan kadınlara, ilk görüşmede öncelikle kişisel özelliklerini saptamak amaçlı yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu gibi bireylerin demografik özellikleri; ana, ara öğün sayısı, atlanan öğünlerin nedeni gibi beslenme alışkanlıkları, aile yapısı, ekonomik durumları, hastalık geçmişleri, obezite geçmişleri, obeziteye yönelik destek ve çabalarını belirlemeye yönelik 49 sorudan oluşan bir anket formu doldurulmuştur (Ek 2). Bir sonraki aşamada Hollanda Yeme Davranış Testi (DEBQ) (Ek 3) uygulanmış ve sonrasında da bireylerin antropometrik ölçümleri alınmıştır.

Katılımcıların vücut ağırlıkları Tanita SC330 cihazı ile ve boy uzunlukları duvara monte boy ölçerle ölçülürken ayaklarının birleşik olmasına, göz ve kulak kepeği üstü aynı hizada fronkfort düzlemde olmalarına dikkat edilmiştir.

BKİ: Hastaların vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları kullanılarak aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır.

$$BKİ = [\text{Vücut ağırlığı} / (\text{boy})]^2$$

BKİ sonuçları WHO sınıflamasına göre değerlendirilmiştir.

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Vücut Ağırlığının Durumu
<18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif şişman (Grade 1)
30-34.9	Şişman evre I (Grade 2)
35-39.9	Şişman evre II (Grade3)
> 40	Şişman evre III (Grade4)

Şeklinde değerlendirilmiştir.

### 2.3.2. Hollanda Yeme Davranışı Testi (DEBQ)

Hollanda Yeme Davranış testi Van Strien ve arkadaşları 1986 yılında tarafından geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan bir anket formudur Bozan tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan test 2009 yılında Türkçeye kazandırılmıştır.<sup>144</sup> Anket yeme davranışını kendi içerisinde duygusal yeme, dışsal yeme davranışlarını ve kısıtlayıcı yeme olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Testin skorlamasında herhangi bir cut-off noktası olmazken 3 alt skorun kendi içinde likert değerlendirken toplam puanın yüksek olması yeme davranışı ile ilgili olumsuzluğu göstermektedir.

DEBQ'nin Türkçe versiyonun da ilk 10 soru kısıtlayıcı yeme, 11-23 arası duygusal yeme, 24-33 arası ise dışsal yeme davranışını değerlendiren sorulardır. Dışsal yeme skalasında bulunan 31. soru ise ters sorudur.

Ankette yer alan maddeler 5'li likert skalası ile değerlendirilmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık). Testin toplam skoru değerlendirilmemekte 3 alt ölçek kendi içinde değerlendirilmektedir.<sup>145</sup>

### 2.4. İşlem Veri Analiz Teknikleri

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik metotlarının (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov – Smimov dağılım testi kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney-U test kullanıldı. İki niceliksel verinin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

---

<sup>144</sup> Nuray Bozan, Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2009, s. 67 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>145</sup> Machteld A. Ouwens vd., "Tendency Toward Overeating and Restraint as Predictors of Food Consumption", *Appetite*, 2003, Volume: 40, Issue: 3, p. 294.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR VE YORUMLAR

Bu çalışmanın amacı, obezite tanısı almış kadınların obezite dereceleri ile problemlili yeme davranışları arasındaki ilişkiyi saptamaktır. BKİ artışı ile problemlili yeme davranışları arasında nasıl bir ilişki olduğu üzerinedir. Duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme ile BKİ artışı arasında bir ilişki var mıdır?

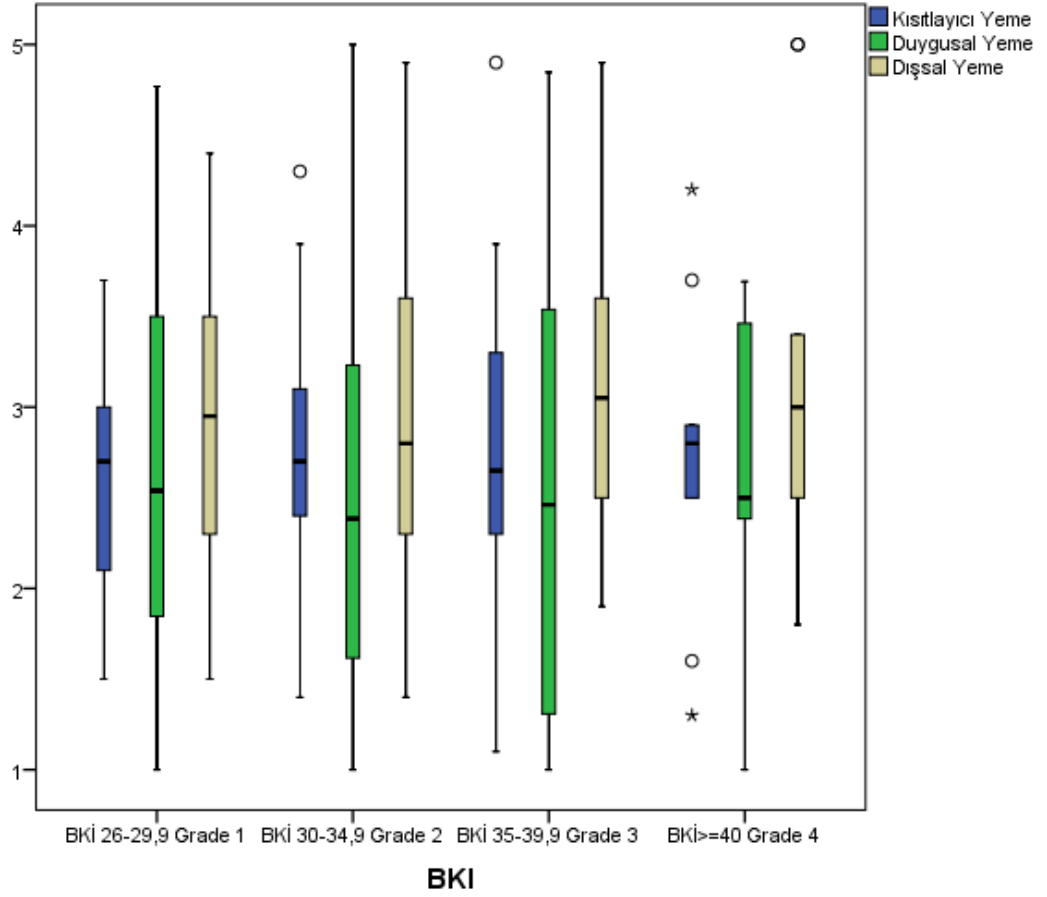
Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, hastalardan ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Analiz edilen bilgiler bölüm sonunda literatür eşliğinde tartışılmıştır.

**Tablo-3** Araştırmaya Katılanların Vücut Ölçüleri Bulguları

	N	Ort.	SS	Min.	Max.
Kilo	103	88,490	13,966	66,0	132,0
Boy	103	162,300	5,701	150,0	176,0
BKİ	103	33,579	4,999	26,0	48,83
Bel Çevresi	103	102,690	11,830	79,0	160,0
Kalça Çevresi	103	122,590	15,291	100,0	230,0

Tablo-3'te görüldüğü üzere; hastaların kilo ortalaması  $88,490 \pm 13,966$ , boy ortalaması  $162,300 \pm 5,701$ , BKİ ortalaması  $33,579 \pm 4,999$ , bel çevresi ortalaması  $102,690 \pm 11,830$ , kalça çevresi ortalaması  $122,590 \pm 15,291$  olarak bulunmuştur.. Hastaların kilo ortalaması  $88,490 \pm 13,966$ , boy ortalaması  $162,300 \pm 5,701$ , BKİ ortalaması  $33,579 \pm 4,999$ , bel çevresi ortalaması  $102,690 \pm 11,830$ , kalça çevresi ortalaması  $122,590 \pm 15,291$  olarak bulunmuştur.





**.Tablo-4** Araştırmaya Katılanların BKİ Dağılımları

			Frekans (n)	Yüzde (%)
BKİ	BKİ 25,0-29,9	Grade 1	30	29,1
	BKİ 30-34,9	Grade 2	33	32,1
	BKİ 35-39,9	Grade 3	30	29,1
	BKİ ≥40	Grade 4	10	9,7
	Toplam		103	100,0

Tablo-4'te görüldüğü üzere; hastaların BKİ grup değişkenine göre 30'u (%29,1) BKİ 26-29,9 Grade 1, 33'ü (%32,1) BKİ 30-34,9 Grade 2, 30'u (%29,1) BKİ 35-39,9 Grade 3 ve 10'u (%9,7) BKİ ≥40 Grade 4 olarak dağılmaktadır. Hastaların çoğunluğu BKİ grubuna göre BKİ 30-34,9 Grade 2'dir. Akman ve arkadaşlarının (2004)<sup>146</sup> genel dahiliye polikliniğine başvuran hastaların obezite sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hastaların BKİ ortalaması 27,73 olduğu bulunmuştur.

<sup>146</sup> Mehmet Akman vd., "Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Sağlık Problemleri", *Marmara Medical Journal*, 2004, Cilt: 17, Sayı: 3, s. 116.

**Tablo-5** Araştırmaya Katılanların DEBQ Yeme Davranışı Bulguları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Kısıtlayıcı yeme	103	2,707	0,721	1,1	4,9
Duygusal yeme	103	2,566	1,096	1,0	5,0
Dışsal yeme	103	3,024	0,849	1,4	5,0

Tablo-5'te görüldüğü üzere; hastaların “kısıtlayıcı yeme” ortalaması (2,707±0,721); “duygusal yeme” ortalaması (2,566±1,096); “dışsal yeme” ortalaması (3,024±0,849)olarak bulunmuştur.

**Tablo-6** DEBQ Yeme Davranışının BKİ Gruplarına Göre Dağılımı

	BKİ 26-29,9 Grade 1		BKİ 30-34,9 Grade 2		BKİ 35-39,9 Grade 3		BKİ ≥40 Grade 4		KW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss		
Kısıtlayıcı yeme	2,626	0,612	2,776	0,667	2,700	0,851	2,740	0,854	0,695	0,874
Duygusal yeme	2,622	1,154	2,555	1,074	2,513	1,180	2,592	0,848	0,185	0,980
Dışsal yeme	2,910	0,757	2,958	0,883	3,157	0,836	3,190	1,072	1,220	0,748

Hastaların kısıtlayıcı, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının BKİ grup değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-6).

Löffler ve arkadaşlarının (2015)<sup>147</sup> TFEQ testiyle split-half analiz türüyle inceleyerek yaptıkları bir araştırmada (40-79 yaş) test puanlarına göre kontrolsüz yeme etki puanları 0.26 (kısmi r) BKİ değerleriyle güçlü bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Test skorları doğrultusunda en düşük korelasyon BKİ normal sınıra (BKİ=25 Kg/metrekare) yakın değerlerde olan kişilerde saptanmıştır. Testin yapıldığı her üç alanda BKİ arttıkça yeme bozukluğu davranışları olan duygusal yeme, kontrolsüz yeme, kısıtlayıcı yemenin arttığı gözlemlenmiştir.

Geliebter ve Aversa'nın (2003)<sup>148</sup> duygusal durumdaki değişmelere bağlı olarak fazla yemenin zayıf, normal ve hafif şişman bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, olumsuz duygusal durum içinde olan hafif şişman kişilerin, normal

<sup>147</sup> Antje Löffler vd., “Eating Behaviour in the General Population: An Analysis of the Factor Structure of the German Version of the Three-Factor-Eating-Questionnaire (TFEQ) and Its Association with the Body Mass Index”, *Plos One*, 2015, s. 6.

<sup>148</sup> Allan Geliebter and Angela Aversa, “Emotional Eating in Overweight, Normal Weight and Underweight Individuals”, *Eating Behaviors*, 2003, Volume: 3, Issue: 4, s. 344.

ve zayıf kişilerden daha fazla yediği, olumlu duygusal durumda ise normal ve zayıf kişilerden daha az yediği belirlenmiştir.

**Tablo-7** Araştırmaya Katılanların Duygusal Durumlarının Beslenmelerine Etkisi

		N	%
Duygusal durumunuzun beslenmeye etkisi	Evet	81	78,6
	Hayır	22	21,4
	Toplam	103	100,0
Endişeli hissetme	İştahım Artar	20	25,3
	İştahım Azalır	34	43,0
	İştahım Etkilenmez	25	31,6
	Toplam	79	100,0
Öfkeli hissetme	İştahım Artar	35	42,2
	İştahım Azalır	28	33,7
	İştahım Etkilenmez	20	24,1
	Toplam	83	100,0
Sinirli hissetme	İştahım Artar	49	53,8
	İştahım Azalır	28	30,8
	İştahım Etkilenmez	14	15,4
	Toplam	91	100,0
Heyecanlı hissetme	İştahım Artar	22	28,9
	İştahım Azalır	26	34,2
	İştahım Etkilenmez	28	36,8
	Toplam	76	100,0
Mutlu hissetme	İştahım Artar	37	48,1
	İştahım Azalır	10	13,0
	İştahım Etkilenmez	30	39,0
	Toplam	77	100,0
Karamsar hissetme	İştahım Artar	32	40,0
	İştahım Azalır	23	28,7
	İştahım Etkilenmez	25	31,2
	Toplam	80	100,0
Sevinçli hissetme	İştahım Artar	29	37,7
	İştahım Azalır	14	18,2
	İştahım Etkilenmez	34	44,2
	Toplam	77	100,0

Tablo-7'de hastaların duygusal durumlarının beslenmelerine etkisi gösterilmektedir. Buna göre; hastaların 81'i (%78,6) duygusal durumlarının beslenmelerini etkilediğini, 22'si (%21,4) ise etkilemediğini belirtmiştir.

Hastaların 20'si (%25,3) endişeli olduğunda iştahım artar, 34'ü (%43,0) iştahım azalır, 25'i (%31,6) iştahım etkilenmez olarak ifade etmiştir. Öfkeli

hissettiğinde 35'i (%42,2) iştahım artar, 28'i (%33,7) iştahım azalır, 20'si (%24,1) iştahım etkilenmez; sinirli olduğunda 49'u (%53,8) iştahım artar, 28'i (%30,8) iştahım azalır, 14'ü (%15,4) iştahım etkilenmez; heyecanlı olduğunda 22'si (%28,9) iştahım artar, 26'sı (%34,2) iştahım azalır, 28'i (%36,8) iştahım etkilenmez; mutlu olduğunda 37'si (%48,1) iştahım artar, 10'u (%13,0) iştahım azalır, 30'u (%39,0) iştahım etkilenmez; karamsar olduğunda 32'si (%40,0) iştahım artar, 23'ü (%28,7) iştahım azalır, 25'i (%31,2) iştahım etkilenmez ve sevinçli olduğunda 29'u (%37,7) iştahım artar, 14'ü (%18,2) iştahım azalır, 34'ü (%44,2) iştahım etkilenmez olarak belirtmiştir (Tablo-7).

Bozoklu'nun (2014)<sup>149</sup> çalışmasında katılımcıların BKİ'lerinin arttıkça dışsal yeme davranışlarında azalma, kısıtlayıcı yeme davranışında artış saptanmıştır. Obez ve fazla kilolu olanlarda normal ve zayıf ağırlığa sahip olan kişilere göre kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışı daha yüksek bulunurken zayıf ve normal ağırlığa sahip olanlarda obez ve fazla kilolu olanlara nazaran dışsal yeme davranışında artış saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, katılımcıların BKİ'leri arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarında artış saptanırken, dışsal yeme davranışında azalma bulunmuştur. Kaşmer'in (2014)<sup>150</sup> çalışmasında da katılımcılarda dışsal yeme ve BKİ arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur.

**Tablo-8** DEBQ Yeme Davranışının Sinirli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	İştahım Artar	49	2,592	0,719	2,840	0,242
	İştahım Azalır	28	2,779	0,702		
	İştahım Etkilenmez	14	2,914	0,802		
Duygusal yeme	İştahım Artar	49	3,183	0,981	28,089	0,000
	İştahım Azalır	28	1,967	0,774		
	İştahım Etkilenmez	14	1,945	1,114		
Dışsal yeme	İştahım Artar	49	3,200	0,933	3,160	0,206
	İştahım Azalır	28	2,900	0,703		
	İştahım Etkilenmez	14	2,814	0,838		

<sup>149</sup> Gülhan Bozoklu, Edirne Kent Nüfusunda Yeme Davranışı ve Etkileyen Faktörler, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2014, (**Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi**).

<sup>150</sup> Nağme Kaşmer, Kadınlarda Yeme Stili ve İpucu Etkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Obezite Sorununda Maruz Bırakma ve Tepki Önlemeye Dayalı Psikoeğitim Programının Etkinliğinin Araştırılması (Pilot Çalışma), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2014, s. 48 (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

Hastaların kısıtlayıcı yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının sinirli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-8).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının sinirli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $KW=9,320$ ;  $p=0,009<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Buna göre; sinirli hissettimde iştahım artar diyenlerin duygusal yeme puanları ( $3,183\pm0,981$ ), sinirli hissettimde iştahım azalır diyenlerin duygusal yeme puanlarından ( $1,967\pm0,774$ ) yüksek bulunmuştur. Sinirli hissettimde iştahım artar diyenlerin duygusal yeme puanları ( $3,183\pm0,981$ ), sinirli iştahım etkilenmez diyenlerin duygusal yeme puanlarından ( $1,945\pm1,114$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo-8). Güzey'in (2014) çalışmasında da benzer şekilde sinirli hissetme ile iştah değişikliği ile dışsal yeme arasında pozitif yönde istatistiksel yönden anlamlı ilişki saptanmıştır.<sup>151</sup>

**Tablo-9** DEBQ Yeme Davranışının Karamsarlık Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	P
Kısıtlayıcı yeme	İştahım Artar	32	2,712	0,775	0,053	0,974
	İştahım Azalır	23	2,809	0,768		
	İştahım Etkilenmez	25	2,700	0,679		
Duygusal yeme	İştahım Artar	32	3,374	0,837	22,172	0,000
	İştahım Azalır	23	2,187	1,068		
	İştahım Etkilenmez	25	2,117	1,078		
Dışsal yeme	İştahım Artar	32	3,319	0,918	3,272	0,195
	İştahım Azalır	23	2,887	0,775		
	İştahım Etkilenmez	25	2,928	0,798		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının karamsar hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

<sup>151</sup> Müge Güzey, Kadınlarda Ağırlık Yönetiminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2014, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-9).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının karamsar değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $KW=22,172$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Buna göre; karamsarken iştahım artar diyenlerin duygusal yeme puanları ( $3,374\pm0,837$ ), karamsar iştahım azalır diyenlerin duygusal yeme puanlarından ( $2,187\pm1,068$ ) yüksek bulunmuştur. Karamsarken iştahım artar diyenlerin duygusal yeme puanları ( $3,374\pm0,837$ ), karamsar iştahım etkilenmez diyenlerin duygusal yeme puanlarından ( $2,117\pm1,078$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo-9).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının karamsar değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-9). Güzey'in (2014) çalışmasında da benzer şekilde karamsarken iştah değişikliği ile dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.<sup>152</sup>

**Tablo-10** DEBQ Yeme Davranışının Öfkeli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı Yeme	İştahım Artar	35	2,603	0,750	0,814	0,666
	İştahım Azalır	28	2,818	0,650		
	İştahım Etkilenmez	20	2,709	0,840		
Duygusal Yeme	İştahım Artar	35	3,391	0,934	26,830	0,000
	İştahım Azalır	28	1,995	0,829		
	İştahım Etkilenmez	20	2,214	1,157		
Dışsal Yeme	İştahım Artar	35	3,271	0,932	2,522	0,283
	İştahım Azalır	28	2,989	0,752		
	İştahım Etkilenmez	20	2,900	0,891		

Hastaların kısıtlayıcı, dışsal yeme puanları ortalamalarının öfkeli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-10). Güzey'in (2014) çalışmasında da benzer

<sup>152</sup> Güzey, a.g.e., s. 82.

şekilde öfkeliyken iştah değişikliği ile dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.<sup>153</sup>

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının öfkeli hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=26,830; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Buna göre; öfkeli iken iştahım artar diyenlerin duygusal yeme puanları (3,391±0,934), öfkeli iştahım azalır diyenlerin duygusal yeme puanlarından (1,995±0,829) yüksek bulunmuştur. Öfkeli hissettiğinde iştahım artar diyenleri duygusal yeme puanları (3,391±0,934), öfkeli iştahım etkilenmez diyenlerin duygusal yeme puanlarından (2,214±1,157) yüksek bulunmuştur (Tablo-10).

**Tablo-11** DEBQ Yeme Davranışının Endişeli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	P
Kısıtlayıcı yeme	İştahım Artar	20	2,665	0,570	0,009	0,995
	İştahım Azalır	34	2,750	0,783		
	İştahım Etkilenmez	25	2,684	0,767		
Duygusal yeme	İştahım Artar	20	3,331	1,052	13,417	0,001
	İştahım Azalır	34	2,145	0,890		
	İştahım Etkilenmez	25	2,475	1,197		
Dışsal yeme	İştahım Artar	20	3,135	0,867	0,200	0,905
	İştahım Azalır	34	3,056	0,892		
	İştahım Etkilenmez	25	3,008	0,750		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının endişeli hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo-11).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının endişeli hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=13,417; p=0,001<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Buna göre; endişeli iştahım artar diyenlerin duygusal yeme puanları (3,331±1,052), endişeli iştahım azalır diyenlerin duygusal yeme puanlarından (2,145±0,890) yüksek bulunmuştur. Endişeliyken iştahım artar diyenlerin duygusal

<sup>153</sup> Güzey, a.g.e., s. 82.

yeme puanları (3,331±1,052), endişeli iştahım etkilenmez diyenlerin duygusal yeme puanlarından (2,475±1,197) yüksek bulunmuştur (Tablo-11).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının endişeli hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-11). Güzey'in (2014) çalışmasında da endişeli iştah değişikliği ile dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.<sup>154</sup>

Farklı duyu durumlarının kişilerin yemek yeme süreçlerinde davranışları nasıl etkilediğine dair birçok çalışmalar yapılmıştır. Bireyler arasında farklılıklar olsa da çoğunlukla stres, anksiyete, depresyon, kızgınlık gibi olumsuz duygusal durumların besin tüketimini artırdığı ve beslenme alışkanlıklarını bozduğu görülmüştür. Buna karşılık, mutluluk, sevinç gibi olumlu duyu durumlarının ise besinlerden zevk alarak yemek yemeyi, sağlıklı besin seçimini ve tüketimini artırdığı saptanmıştır. Ayrıca olumsuz duygular besinden zevk almadan abur cubur tüketerek duygusal durumu düzenlemeyi sağlayarak yemek yeme üzerinde etkili olmaktadır. Stres ise besin alımı konusunda bireysel değişikliklere bağlı olarak artabilmekte veya azalabilmektedir.<sup>155</sup>

**Tablo-12** DEBQ Yeme Davranışının Mutlu Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	İştahım Artar	37	2,697	0,719	1,152	0,562
	İştahım Azalır	10	3,000	0,804		
	İştahım Etkilenmez	30	2,723	0,700		
Duygusal yeme	İştahım Artar	37	2,763	1,101	2,336	0,311
	İştahım Azalır	10	2,239	1,090		
	İştahım Etkilenmez	30	2,451	1,160		
Dışsal yeme	İştahım Artar	37	3,346	0,774	8,070	0,018
	İştahım Azalır	10	2,540	0,851		
	İştahım Etkilenmez	30	3,043	0,893		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal, puanları ortalamalarının mutlu hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-12).

<sup>154</sup> Güzey, a.g.e., s. 82.

<sup>155</sup> Hande Seven, Yetişkinlerde Duygusal Yeme Davranışının Beslenme Durumuna Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2013, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).



Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının mutlu hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=8,070;  $p=0,018<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Buna göre; mutlu iştahım artar diyenlerin dışsal yeme puanları ( $3,346\pm0,774$ ), mutlu iştahım azalır diyenlerin dışsal yeme puanlarından ( $2,540\pm0,851$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo-12).

**Tablo-13** DEBQ Yeme Davranışının Sevinçli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	İştahım Artar	29	2,593	0,799	3,265	0,195
	İştahım Azalır	14	2,936	0,686		
	İştahım Etkilenmez	34	2,782	0,677		
Duygusal yeme	İştahım Artar	29	2,797	1,170	1,346	0,510
	İştahım Azalır	14	2,407	1,011		
	İştahım Etkilenmez	34	2,514	1,165		
Dışsal yeme	İştahım Artar	29	3,421	0,830	9,320	0,009
	İştahım Azalır	14	2,614	0,757		
	İştahım Etkilenmez	34	3,032	0,837		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, DEBQ toplam puanları ortalamalarının sevinçli hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-13).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının sevinçli hissetme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=9,320;  $p=0,009<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Buna göre; sevinçli iştahım artar diyenlerin dışsal yeme puanları ( $3,421\pm0,830$ ), sevinçli olduğumda iştahım azalır diyenlerin dışsal yeme puanlarından ( $2,614\pm0,757$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo-13).

Güzey'in (2014) çalışmasında da sevinçliyken iştah değişikliği ile duygusal yeme ve dışsal yeme arasında pozitif yönde istatistiksel yönden anlamlı ilişki saptanmıştır.<sup>156</sup>

<sup>156</sup> Güzey, a.g.e., s. 82.

**Tablo-14** DEBQ Yeme Davranışının Duygusal Durumun İştah Etkisi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	81	2,641	0,752	639,000	0,042
	Hayır	22	2,950	0,541		
Duygusal yeme	Evet	81	2,817	1,040	308,000	0,000
	Hayır	22	1,640	0,761		
Dışsal yeme	Evet	81	3,104	0,830	676,000	0,083
	Hayır	22	2,732	0,873		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının duygusal durumunuzun beslenmeye etkisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=639,000;  $p=0,042<0,05$ ). Evet diyen hastaların kısıtlayıcı yeme puanları (2,641), hayır diyen hastaların kısıtlayıcı yeme puanlarından (2,950) düşük bulunmuştur (Tablo-14).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının duygusal durumunuzun beslenmeye etkisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=308,000;  $p=0,000<0,05$ ). Evet diyen hastaların duygusal yeme puanları (2,817), hayır diyen hastaların duygusal yeme puanlarından (1,640) yüksek bulunmuştur (Tablo-14).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının duygusal durumunuzun beslenmeye etkisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=676,000;  $p=0,083>0,05$ ) (Tablo-14).

Çalışmada duygusal durumunuzun beslenmeye etkisi olan hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme puanları duygusal durumunuzun beslenmeye etkisi olmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Bozoklu'nun (2014)<sup>157</sup> çalışmasında katılımcıların depresyon düzeyleri arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarında azalma olduğu ve hem duygusal hem de dışsal yeme davranışında artış olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda kadınlarda duygudurum bozukluklarının daha fazla saptandığı düşünülürse negatif duygular ve stresin kişinin anlık çevresi hakkında farkındalığını artırıp öz farkındalığını azaltmaya zorlaması ise duygusal ve dışsal yemedeki artış ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların çoğunluğunun öfkeli, sinirli, mutlu hissetme ve karamsar olduğunda iştah durumu artmakta, endişeli hissetme durumlarında iştahı azalmakta ve heyecanlı ve sevinçli hissetme durumun da ise iştahı etkilenmemektedir. Van Strien ve arkadaşlarının (2016)<sup>158</sup> yaptıkları bir çalışmada depresyonla kilo artışı arasında ilişki bulunmuştur. uygusal beslenme, dışsal beslenme ve sınırlı yemek olmak üzere üç psikolojik yeme stili belirleyicidir. Altta yatan nedenin tam olarak bilinmemesine rağmen BKİ arttıkça depresif belirtilerin arttığı bulunmuştur.

Oliver ve arkadaşlarının (2000)<sup>159</sup> da çalışmalarında belirttikleri üzere; bazı kişiler stres altında daha az yemek yerken bazılarının ise daha fazla yeme eğiliminde olduğu görülmektedir.

**Tablo-15** DEBQ Yeme Davranışının Ailedeki Kişi Sayısına Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	2	5	2,620	0,432	4,358	0,360
	3	22	2,509	0,811		
	4	35	2,634	0,681		
	5	17	2,912	0,561		
	6 Ve üstü	17	2,882	0,678		
Duygusal yeme	2	5	2,877	1,319	5,793	0,215
	3	22	2,608	1,396		
	4	35	2,775	0,943		
	5	17	2,095	0,884		
	6 Ve üstü	17	2,294	0,957		
Dışsal yeme	2	5	2,880	0,847	11,160	0,025
	3	22	3,105	0,887		
	4	35	3,069	0,837		
	5	17	2,441	0,618		
	6 Ve üstü	17	3,306	0,779		

<sup>157</sup> Bozoklu, a.g.e.

<sup>158</sup> Tatjana van Strien vd., "Emotional Eating as a Mediator Between Depression and Weight Gain", *Appetite*, 2016, Volume: 100, s. 218.

<sup>159</sup> Georgina Oliver vd., "Stress and Food Choice: A Laboratory Study", *Psychosomatic Medicine*, 2000, Volume: 62, Issue: 6, s. 858.

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının ailedeki kişi sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-15).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının ailedeki kişi sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-15). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Buna göre; ailede 3 kişi olanların dışsal yeme puanları ( $3,105\pm 0,887$ ), ailede 5 kişi olanların Dışsal Yeme puanlarından ( $2,441\pm 0,618$ ) yüksek bulunmuştur. Ailede 4 kişi olanların dışsal yeme puanları ( $3,069\pm 0,837$ ), ailede 5 kişi olanların Dışsal Yeme puanlarından ( $2,441\pm 0,618$ ) yüksek bulunmuştur. Ailede 6 ve üstü kişi olanların dışsal yeme puanları ( $3,306\pm 0,779$ ), ailede 5 kişi olanların Dışsal Yeme puanlarından ( $2,441\pm 0,618$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo-15).

Çalışmada ailesinde 3 kişi olan hastaların dışsal yeme puanları 5 kişi olan hastalardan, ailesinde 4 kişi olanların dışsal yeme puanları ailesinde 5 kişi olanlardan ve ailesinde 6 kişi ve üstü olanların dışsal yeme puanları ailesinde 5 kişi olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Çayır ve arkadaşlarının (2011)<sup>160</sup> çalışmasında göre; obezite oranı, ailesinde obez bir kişi bulunanlarda fazladır. Bu durum, ailedeki beslenme biçimi ve alışkanlıkların sürdürüldüğünü düşündürmektedir.

**Tablo-16** Araştırmaya Katılanların Ailesindeki Kilolu Birey Durumu

		N	%
Ailede başka kilolu birey olma durumu	Evet	82	79,6
	Hayır	21	20,4
	Toplam	103	100,0
Ailedeki kilolu birey	Anne	49	47,6
	Baba	26	25,2
	Kardeş	33	32,0
	Çocuklar	12	11,7

<sup>160</sup> Aliye Çayır vd., "Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011, Cilt: 64, Sayı: 1, s. 16.

Tablo-16'ya göre; hastaların 82'sinin (%79,6) ailesinde başka kilolu birey bulunurken, 21'inin (%20,4) ailesinde bulunmamaktadır. Hastaların 49'unun (%47,6) annesi, 26'sının (%25,2) babası, 33'ünün (%32,0) kardeşi ve 12'sinin (%11,7) çocukları kiloludur.

Hastaların yaklaşık dörtte üçünün ailesinde başka kilolu birey bulunurken, çoğunluğunun annesi kiloludur. Kırac ve arkadaşlarının (2015)<sup>161</sup> yaptıkları bir araştırmada birçok yemek yeme alışkanlığı fenotipinin kalıtsal olduğu tespit edildiği özellikle tokluk cevabının oluşumu ve yemek yemekten zevk alma durumlarının yüksek oranda kalıtsal temeli olduğu belirlenmiştir.

Aşırı yemek yeme fenotipi yıllar boyunca obeziteye neden olan çevresel faktörler arasında yer almıştır. Yapılan yeni çalışmalar da kişilerin yemek yeme alışkanlıklarında çeşitli genetik faktörlerinde rol oynadığını yeme alışkanlığı fenotipinin kalıtsal olduğu belirlenmiştir. Özellikle tokluk hissinin oluşması ve yemek yemekten zevk alma durumlarının yüksek oranda kalıtsal temelli olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir aile çalışmasında kişilerin bilinçli olarak yemek yemelerini kısıtlama derecesi % 6, kontrolsüz olarak yemek yeme dereceleri % 18 ve açlığa duyarlılık dereceleri ise % 28 olarak tespit edilmiş olup, bu özelliklerin oluşmasında gen-gen ve gen-çevre etkileşiminin rolü olabileceği belirtilmiştir.<sup>162</sup>

**Tablo-17** Araştırmaya Katılanların Geçmişte Aşırı Kilolu Olma Durumu

		N	%
Çocukluğunda kilolu olma	Evet	44	42,7
	Hayır	59	57,3
	Toplam	103	100,0
Çocukken çevre tarafından kilolu olduğu	Evet	37	35,9
	Hayır	66	64,1
	Toplam	103	100,0

Hastaların 44'ü (%42,7) çocukluğunda kilolu olduğunu, 59'u (%57,3) ise çocukluğunda kilolu olmadığını ifade etmiştir. Hastaların 37'si (%35,9) çocukken çevre tarafından kilolu olduğu, 66'sı (%64,1) çocukken çevre tarafından kilolu olmadığını belirtmiştir (Tablo-17).

<sup>161</sup> Deniz Kırac vd., "Obeziteyle İlişkili Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılmasında Yeni Bir Yöntem "Üç Faktörlü Beslenme Anketi", *MÜSBED*, 2015, Cilt: 5, Sayı: 3, s. 164.

<sup>162</sup> Kırac vd., a.g.e.64

**Tablo-18** DEBQ Yeme Davranışının Çocukken Çevre Tarafından Kilolu Olduğu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	37	2,811	0,824	1 104,000	0,420
	Hayır	66	2,648	0,656		
Duygusal yeme	Evet	37	2,418	1,091	1 063,500	0,279
	Hayır	66	2,649	1,099		
Dışsal yeme	Evet	37	3,168	0,911	1 024,500	0,176
	Hayır	66	2,944	0,808		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının çocukken çevre tarafından kilolu olduğu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo-18).

**Tablo- 19** DEBQ Yeme Davranışının Çocukluğunda Kilolu Olma Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	44	2,734	0,822	1 290,500	0,960
	Hayır	59	2,686	0,643		
Duygusal yeme	Evet	44	2,699	1,193	1 169,500	0,391
	Hayır	59	2,466	1,018		
Dışsal yeme	Evet	44	3,193	0,891	1 032,500	0,076
	Hayır	59	2,898	0,800		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının çocukluğunda kilolu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo-19).

**Tablo-20** Araştırmaya Katılanların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları İle İlgili Bulgular

		N	%
Sigara	Evet	24	23,3
	Hayır	79	76,7
	Toplam	103	100,0
Alkol	Evet	3	2,9
	Hayır	100	97,1
	Toplam	103	100,0

Tablo-20’de görüldüğü üzere; hastaların 24’ü (%23,3) sigara kullanırken, 79’u (%76,7) sigara kullanmamaktadır. Hastaların sigara içme süreleri ortalama  $10,9 \pm 7,0$  yıl ve günlük içilen sigara adedi ise  $12,8 \pm 7,4$ ’tür. Hastaların 3’ü (%2,9) alkol kullanmakta, 100’ü ise (%97,1) alkol kullanmamaktadır.

Hastaların dörtte biri sigara kullanmaktadır. Hastaların sigara içme süreleri ortalama  $10,9 \pm 7,0$  yıl ve günlük içilen sigara adedi ise  $12,8 \pm 7,4$ ’tür. Güzey’in (2014)<sup>163</sup> 19-64 yaş arasında hafif şişman ya da obez olan kadınlarla hafif şişman ve obez kadınlarda ağırlık yönetiminin bireylerin yeme tutum davranışları üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada da bireylerin üçte biri sigara içmekte, sigara içme yılı  $13,18 \pm 7,47$  yıl ve günlük içilen sigara sayısı  $12,53 \pm 7,24$ ’tür. Çayır ve arkadaşlarının<sup>164</sup> çalışmasında obezite ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen, sigara içenlerdeki obezite oranı, hiç içmeyen ve sigarayı bırakmış olanlardan azdır. Bu da sigaranın iştahı azalttığını düşündürmektedir. Bakhshi’nin çalışmasında da sigara ile obezite arasında azalan yönde bir ilişki bulunmuştur.

**Tablo-21** DEBQ Yeme Davranışının Alkol Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	P
Kısıtlayıcı yeme	Evet	3	2,800	0,625	142,500	0,883
	Hayır	100	2,704	0,726		
Duygusal yeme	Evet	3	3,051	1,731	122,000	0,583
	Hayır	100	2,551	1,082		
Dışsal yeme	Evet	3	3,167	1,450	140,500	0,852
	Hayır	100	3,020	0,836		

<sup>163</sup>Güzey, a.g.e., s. 82

<sup>164</sup>Çayır vd., a.g.e., s. 16.

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının alkol değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=142,500; p=0,883>0,05) (Tablo-21).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının alkol değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=122,000; p=0,583>0,05) (Tablo-21).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının alkol değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=140,500; p=0,852>0,05) (Tablo-21).

**Tablo-22** DEBQ Yeme Davranışının Sigara Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	24	2,587	0,695	811,500	0,286
	Hayır	79	2,743	0,729		
Duygusal yeme	Evet	24	2,905	1,167	749,500	0,121
	Hayır	79	2,463	1,060		
Dışsal yeme	Evet	24	3,283	0,892	737,000	0,099
	Hayır	79	2,946	0,825		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo-22).

Çayır ve arkadaşlarının (2011)<sup>165</sup> çalışmasında obezite ile sigara ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Semiz ve arkadaşlarının (2013)<sup>166</sup> çalışmasında da alkol ve sigara kullanma durumu ile yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

<sup>165</sup> Çayır vd., a.g.e., s. 17.

<sup>166</sup> Murat Semiz, vd., "Sivas İli Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar", *Türk Psikiyatrik Dergisi*, 2013, Cilt: 24, Sayı: 3, s. 152.



**Tablo-23** Araştırmaya Katılanların Fiziksel Aktivite Yapma Durumları İle İlgili Bulgular

		N	%
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma	Evet	18	17,5
	Hayır	85	82,5
	Toplam	103	100,0
Düzenli Yapılan Aktivitenin Türü	Fitness	1	16,7
	Plates	1	16,7
	Spor	1	16,7
	Yürüyüş	3	50,0
	Toplam	6	100,0
Düzenli Yapılan Fiziksel Aktivitenin Süresi	1 Saat	8	57,1
	40 Dakika	1	7,2
	Yarım Saat	5	35,7
	Toplam	14	100,0
Düzenli Yapılan Fiziksel Aktivitenin Sıklığı	3 Gün	2	11,8
	5 Gün	4	23,4
	Haftada 2 Gün	1	5,9
	Haftada 3 Gün	2	11,8
	Haftada 4 Gün	1	5,9
	Haftada 5 Gün	1	5,9
	Haftada 5-6 Gün	1	5,9
	Hergün	5	29,4
	Toplam	17	100,0

Tablo-23'te görüldüğü üzere; hastaların düzenli fiziksel aktivite değişkenine göre 18'i (%17,5) evet, 85'i (%82,5) hayır olarak dağılmaktadır. Hastaların düzenli fiziksel aktivite türü değişkenine göre 1'i (%16,7) fitness, 1'i (%16,7) plates, 1'i (%16,7) spor, 3'ü (%50,0) yürüyüş olarak dağılmaktadır.

Hastaların düzenli fiziksel aktivite sıklığı değişkenine göre 8'i (%57,1) 1 saat, 1'i (%7,1) 40 dakika, 5'i (%35,7) yarım saat olarak dağılmaktadır. Hastaların düzenli fiziksel aktivite süresi değişkenine göre 2'si (%11,8) 3 gün, 4'ü (%23,5) 5 gün, 1'i (%5,9) haftada 2 gün, 2'si (%11,8) haftada 3 gün, 1'i (%5,9) haftada 4 gün, 1'i (%5,9) haftada 5 gün, 1'i (%5,9) haftada 5,6 gün, 5'i (%29,4) hergün olarak dağılmaktadır (Tablo-23).

Güzey'in (2014)<sup>167</sup> çalışmasında da bireylerin çoğunluğunun düzenli fiziksel aktivite yapmadığı, fiziksel aktivite yapanların çoğunluğunun da günde en fazla 31-45 dakika süre aktivite yaptığı görülmektedir.

<sup>167</sup> Güzey, a.g.e., s. 44.

**Tablo-24** DEBQ Yeme Davranışının Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	18	2,667	0,749	738,000	0,814
	Hayır	85	2,715	0,719		
Duygusal yeme	Evet	18	2,410	0,907	694,000	0,537
	Hayır	85	2,599	1,134		
Dışsal yeme	Evet	18	2,622	0,740	524,500	0,037
	Hayır	85	3,109	0,850		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının düzenli fiziksel aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=738,000;  $p=0,814>0,05$ ) (Tablo-24).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının düzenli fiziksel aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=694,000;  $p=0,537>0,05$ ) (Tablo-24).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının düzenli fiziksel aktivite değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=524,500;  $p=0,037<0,05$ ). Evet diyen hastaların dışsal yeme puanları (2,622), hayır diyen hastaların dışsal yeme puanlarından (3,109) düşük bulunmuştur (Tablo-24). Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan hastaların dışsal yeme puanları düzenli fiziksel aktivite yapmayan hastalardan daha düşük bulunmuştur.

Durukan'ın (2001)<sup>168</sup> 24-69 yaş arasında ve BKİ 30 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde 50 obez birey ile yaptığı çalışmasında, obez bireylerde sosyokültürel düzeyin ve fiziksel aktivitenin düşük, anksiyete düzeyinin yüksek, yeme alışkanlıklarının ise düzensiz olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada obeziteyi önlemek için, öncelikle eğitim seviyesinin ve fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesinin önemli olduğu görüşüne

<sup>168</sup> Pınar Durukan, Fiziksel Aktivite ve Psikososyal Faktörlerin Obezite Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, SSK Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2001, (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi).

varılmıştır. Fiziksel aktivitenin düzenlenmesi için, oturma ve televizyon izleme süresinin azaltılmasının, yürüme ve aktif geçirilen iş süresinin ise artırılmasının gerekli olduğu düşünülmüştür. Obeziteyi tedavi ederken, kişilerin diyetle birlikte fiziksel aktivitelerinin de düzenlenmesi ve psikolojik durumlarının incelenmesi gerektiği unutulmamalıdır.

**Tablo-25** DEBQ Yeme Davranışının Haneye Giren Toplam Gelir Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	P
Kısıtlayıcı yeme	999 Altı	7	2,413	0,529	5,550	0,352
	1000-1499	33	2,549	0,607		
	1500-1999	19	2,721	0,827		
	2000-2499	5	2,880	0,661		
	2500-3000	14	2,893	0,771		
	3000 Ve üzeri	12	2,975	0,712		
Duygusal yeme	999 Altı	7	2,478	1,217	8,267	0,142
	1000-1499	33	2,212	0,954		
	1500-1999	19	2,927	1,229		
	2000-2499	5	2,446	1,207		
	2500-3000	14	2,489	1,073		
	3000 Ve üzeri	12	3,096	1,058		
Dışsal yeme	999 Altı	7	2,857	0,697	0,601	0,988
	1000-1499	33	3,049	0,827		
	1500-1999	19	2,979	0,868		
	2000-2499	5	3,160	1,016		
	2500-3000	14	2,957	0,934		
	3000 Ve üzeri	12	3,158	0,863		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının haneye giren toplam gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-25).

Çayır ve arkadaşlarının (2011)<sup>169</sup> çalışmasında aylık gelir azaldıkça, obezite oranının arttığı, gelir düzeyinin azaldıkça, obezite oranının arttığı görülmüştür. En yüksek oranda obez olanların aylık geliri 800 TL'nin altında olanlardır.

<sup>169</sup> Çayır vd., a.g.e., s. 15.

**Tablo-26** DEBQ Yeme Davranışının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	P
Kısıtlayıcı yeme	İlkokul Ve Altı	35	2,783	0,811	3,467	0,325
	Ortaokul	17	2,488	0,580		
	Lise	29	2,814	0,679		
	Üniversite Ve üzeri	22	2,614	0,719		
Duygusal yeme	İlkokul Ve Altı	35	2,368	0,973	2,633	0,452
	Ortaokul	17	2,606	1,081		
	Lise	29	2,509	1,047		
	Üniversite Ve üzeri	22	2,923	1,323		
Dışsal yeme	İlkokul Ve Altı	35	2,791	0,751	4,158	0,245
	Ortaokul	17	3,259	0,899		
	Lise	29	2,969	0,812		
	Üniversite Ve üzeri	22	3,286	0,938		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-26).

Semiz ve arkadaşlarının (2013)<sup>170</sup> çalışmasında da eğitim durumu ile yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo-27** DEBQ Yeme Davranışının Yaş Grubu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	25 Ve Altı	27	2,744	0,666	3,881	0,422
	26-30	16	2,449	0,690		
	31-35	20	2,705	0,898		
	36-40	18	2,833	0,518		
	41 Ve üstü	22	2,746	0,789		
Duygusal yeme	25 Ve Altı	27	2,316	0,994	2,556	0,635
	26-30	16	2,551	1,210		
	31-35	20	2,585	1,049		
	36-40	18	2,816	0,991		
	41 Ve üstü	22	2,661	1,278		
Dışsal yeme	25 Ve Altı	27	3,100	0,846	0,995	0,911
	26-30	16	2,913	0,921		
	31-35	20	3,030	0,872		
	36-40	18	3,044	0,741		
	41 Ve üstü	22	2,991	0,925		

<sup>170</sup> Semiz, vd., a.g.e., s. 152.

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme puanları ortalamalarının yaş grubu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-27).

**Tablo-28** DEBQ Yeme Davranışının Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Bekar veya Boşanmış	29	2,686	0,674	1 056,000	0,901
	Evli	74	2,715	0,743		
Duygusal yeme	Bekar veya Boşanmış	29	2,549	1,261	1 028,000	0,741
	Evli	74	2,572	1,034		
Dışsal yeme	Bekar veya Boşanmış	29	3,148	0,960	970,000	0,450
	Evli	74	2,976	0,803		

Hastaların duygusal yeme, dışsal ve kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=1 056,000;  $p=0,901>0,05$ ) (Tablo-28).

Yapılan bir çalışmada, obez bireylerin ailelerinde obez birey bulunma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İki obez kişi evlendiği zaman çocukların obez olma olasılığı % 60-70 arasındadır.<sup>171</sup>

**Tablo-29** DEBQ Yeme Davranışının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	Çalışıyor	14	2,857	0,568	3,061	0,216
	Çalışmıyor	84	2,709	0,745		
	Emekli	5	2,240	0,586		
Duygusal yeme	Çalışıyor	14	2,747	1,103	0,358	0,836
	Çalışmıyor	84	2,530	1,091		
	Emekli	5	2,662	1,354		
Dışsal yeme	Çalışıyor	14	3,136	0,918	1,367	0,505
	Çalışmıyor	84	3,030	0,852		
	Emekli	5	2,620	0,572		

<sup>171</sup> Aysun Erkol ve Leyla Khorshid, "Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi", *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2004, Cilt: 14, Sayı: 2: s. 104.

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme ve DEBQ toplam yeme puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-29).

**Tablo-30** Araştırmaya Katılanların Uyku Durumları İle İlgili Bulgular

		n	%
Uyku saatlerinin düzenli olma durumu	Evet	48	46,6
	Hayır	55	53,4
	Toplam	103	100,0
Günlük uyku saati	4 saatten az	4	3,9
	4 saat – 6 saat	21	20,4
	7 saat – 8 saat	50	48,5
	9 saat – 10 saat	26	25,3
	11 saatten fazla	2	1,9
	Toplam	103	100,0

Tablo-30'a bakıldığında; hastaların 48'inin (%46,6) uyku saatleri düzenli olduğu, 55'inin ise (%53,4) düzenli olmadığı görülmektedir.

Hastaların 4'ünün (%3,9) günlük olarak 4 saatten az uyuduğu, 21'inin (%20,4) 4saat ile 6 saat arasında, 50'sinin (%48,5) 7 saat ile 8 saat arasında, 26'sının (%25,2) 9 saat ile 10 saat arasında ve 2'sinin (%1,9) 11 saatten fazla süre uyuduğu belirlenmiştir (Tablo-30).

**Tablo-31** DEBQ Yeme Davranışının Günde Kaç Saat Uyur Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	P
Kısıtlayıcı yeme	4 Saatten Az	4	2,450	0,681	4,995	0,288
	4-6 Saat	21	2,581	0,584		
	7-8 Saat	50	2,786	0,748		
	9-10 Saat	26	2,769	0,747		
	11 saatten fazla	2	1,750	0,778		
Duygusal yeme	4 Saatten Az	4	1,423	0,657	8,097	0,088
	4-6 Saat	21	2,923	1,083		
	7-8 Saat	50	2,511	0,967		
	9-10 Saat	26	2,510	1,210		
	11 saatten fazla	2	3,192	2,556		
Dışsal yeme	4 Saatten Az	4	2,800	1,244	3,103	0,541
	4-6 Saat	21	2,952	0,775		
	7-8 Saat	50	2,946	0,832		
	9-10 Saat	26	3,208	0,870		
	11 saatten fazla	2	3,800	1,131		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme puanları yeme puanları ortalamalarının günde kaç saat uyur değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-31).

**Tablo-32** DEBQ Yeme Davranışının Uyku Saatleri Düzenli Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	48	2,821	0,678	1 035,000	0,059
	Hayır	55	2,607	0,749		
Duygusal yeme	Evet	48	2,595	0,983	1 249,000	0,639
	Hayır	55	2,541	1,195		
Dışsal yeme	Evet	48	3,102	0,894	1 206,000	0,451
	Hayır	55	2,956	0,809		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme puanları ortalamalarının uyku saatlerinin düzenli olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo-32).

Güzey'in (2014) çalışmasına göre; uyku saatleri düzenli olanların kısıtlayıcı ve dışsal yeme puanları yüksek, duygusal yeme puanları düşük bulunmuştur.<sup>172</sup>

**Tablo-33** DEBQ Yeme Davranışının Gece Uykudan Uyanıp Bir Şeyler Yeme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	17	2,170	0,658	333,500	0,001
	Hayır	83	2,798	0,658		
Duygusal yeme	Evet	17	2,943	1,234	547,000	0,145
	Hayır	83	2,455	1,040		
Dışsal yeme	Evet	17	3,582	0,856	381,500	0,003
	Hayır	83	2,894	0,798		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının gece uykudan uyanıp bir şeyler yeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

<sup>172</sup> Güzey, a.g.e., s. 68.

amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=333,500;  $p=0,001<0,05$ ). Evet diyen hastaların kısıtlayıcı yeme puanları (2,170), hayır diyen hastaların kısıtlayıcı yeme puanlarından (2,798) düşük bulunmuştur (Tablo-33).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının gece uykudan uyanıp bir şeyler yeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=547,000;  $p=0,145>0,05$ ) (Tablo-33).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının gece uykudan uyanıp bir şeyler yeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=381,500;  $p=0,003<0,05$ ). Evet diyen hastaların dışsal yeme puanları (3,582), hayır diyen hastaların dışsal yeme puanlarından (2,894) yüksek bulunmuştur (Tablo-33).

Çalışmada gece uykudan uyanıp bir şeyler yiyen hastaların kısıtlayıcı yeme puanları gece uykudan uyanıp bir şeyler yemeyen hastalardan daha düşük bulunmuştur. Gece uykudan uyanıp bir şeyler yiyen hastaların dışsal yeme puanları gece uykudan uyanıp bir şeyler yemeyen hastalardan ise daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo-34** Araştırmaya Katılanların Yemek Yeme ve Gece Uykudan Uyanıp BirŞeyler Yeme Bulguları

		N	%
Yemek yeme hızı	Yavaş	7	6,9
	Orta	55	53,9
	Hızlı	30	29,4
	Çok Hızlı	10	9,8
	Toplam	102	100,0
Gece uykudan uyanıp bir şeyler yeme	Evet	17	17,0
	Hayır	83	83,0
	Toplam	100	100,0

Tablo-34'te görüldüğü üzere; hastaların 7'sinin (%6,9) yemek yeme hızı yavaş, 55'inin (%53,9) orta, 30'unun (%29,4) hızlı ve 10'unun (%9,8) ise çok hızlıdır.

Hastaların yaklaşık yarısının yemek yeme hızı orta hızlıdır. Çayır ve arkadaşlarının (2011)<sup>173</sup> çalışmasında normal hızda yemek yiyenlerin % 10,7'si,

<sup>173</sup> Çayır vd., a.g.e., s. 15.



yavaş yiyenlerin % 20,6'sı, hızlı yiyenlerin % 40,0'ı obez olup, aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur.

Hastaların 17'si (%17,0) gece uykudan uyanıp bir şeyler yeme durumuna evet, 83'ü (%83,0) ise hayır cevabını vermiştir (Tablo-34).

**Tablo-35** Araştırmaya Katılanların Çay ve Kahve İçme Durumlarına İlişkin Bulgular

		n	%
Çay içme	Evet	96	93,2
	Hayır	7	6,8
	Toplam	103	100,0
Çayda şeker	Şekerli	36	48,6
	Şekersiz	38	51,4
	Toplam	74	100,0
Kahve içme	Evet	73	70,9
	Hayır	30	29,1
	Toplam	103	100,0
Kahvede şeker	Şekerli	32	55,2
	Şekersiz	26	44,8
	Toplam	58	100,0

Hastaların çay içme değişkenine göre 96'sı (%93,2) evet, 7'si (%6,8) hayır olarak dağılmaktadır (Tablo-35).

Hastaların çayda şeker kullanma durumlarına göre 36'sı (%48,6) şekerli, 38'i (%51,4) şekersiz olarak dağılmaktadır (Tablo-35).

Hastaların kahve içme değişkenine göre 73'ü (%70,9) evet, 30'u (%29,1) hayır olarak dağılmaktadır (Tablo-35).

Hastaların kahvede şeker kullanma durumlarına göre 32'si (%55,2) şekerli, 26'sı (%44,8) şekersiz olarak dağılmaktadır (Tablo-35).

Günde ortalama  $5,2 \pm 3,3$  bardak çay, ortalama  $1,9 \pm 1$  fincan kahve tüketildiği bulunmuştur.

**Tablo-36** DEBQ Yeme Davranışının Kahve İçme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	73	2,770	0,660	896,500	0,149
	Hayır	30	2,553	0,845		
Duygusal yeme	Evet	73	2,686	1,114	857,500	0,084
	Hayır	30	2,273	1,010		
Dışsal yeme	Evet	73	2,989	0,847	1 004,500	0,511
	Hayır	30	3,110	0,860		

Hastaların duygusal yeme ve dışsal yeme kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının kahve içme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo-36).

**Tablo-37** DEBQ Yeme Davranışının Kahvede Şeker Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	P
Kısıtlayıcı yeme	Şekerli	32	2,803	0,650	388,500	0,667
	Şekersiz	26	2,869	0,638		
Duygusal yeme	Şekerli	32	2,904	1,104	302,500	0,076
	Şekersiz	26	2,340	1,104		
Dışsal yeme	Şekerli	32	3,028	0,895	352,500	0,320
	Şekersiz	26	2,773	0,706		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, Duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının kahvede şeker değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo-37).

**Tablo-38** DEBQ Yeme Davranışının Çay İçme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	P
Kısıtlayıcı yeme	Evet	96	2,725	0,715	289,500	0,542
	Hayır	7	2,457	0,814		
Duygusal yeme	Evet	96	2,616	1,105	215,000	0,113
	Hayır	7	1,879	0,712		
Dışsal yeme	Evet	96	3,032	0,859	314,500	0,778
	Hayır	7	2,914	0,745		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının çay içme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=289,500; p=0,542>0,05) (Tablo-38).

**Tablo-39** DEBQ Yeme Davranışının Çayda Şeker Kullanma Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Şekerli	36	2,633	0,720	597,000	0,346
	Şekersiz	38	2,787	0,648		
Duygusal yeme	Şekerli	36	2,919	1,116	493,000	0,039
	Şekersiz	38	2,367	1,007		
Dışsal yeme	Şekerli	36	3,136	0,878	563,000	0,190
	Şekersiz	38	2,842	0,802		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının çayda şeker değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo-39).

**Tablo-40** Araştırmaya Katılanların Diyet Yapma Durumları İle İlgili Bulgular

		N	%
Daha önceden zayıflamaya yönelik çaba	Evet	84	81,6
	Hayır	19	18,4
	Toplam	103	100,0
Yöntem	Kendi kendime diyet	56	54,4
	Doktora başvurma	9	8,7
	Diyetisyene başvurma	26	25,2
	Spor yapma	20	19,4
	Diğer yöntemler	4	3,9
Daha önceki zayıflama yöntemlerinde başarı	Evet	37	43,5
	Hayır	48	56,5
	Toplam	85	100,0
Diyet yaptığı zamanlarda aile desteği	Evet	52	61,2
	Hayır	33	38,8
	Toplam	85	100,0
Ağırlığında artış olduğu zaman çevre ile görüşme	Evet	57	65,5
	Hayır	30	34,5
	Toplam	87	100,0

Tablo-40'a göre; hastaların 84'ü (%81,6) daha önceden zayıflamaya yönelik çaba göstermiş, 19'u ise (%18,4) zayıflamaya yönelik daha önceden bir çaba göstermemiştir. İlk diyet yapma yaş ortalaması 24,6±8,5 yaş idi. Soysal'ın (2006)<sup>174</sup> çalışmasında da bireylerin büyük çoğunluğu daha önceden zayıflamaya yönelik çaba göstermiş ve ilk diyet yapma yaşı olarak en az 11 yaş olarak belirlenmiştir.

<sup>174</sup> Soysal, 2006, a.g.e., s. 78.

Hastaların 56'sı (%54,4) zayıflamak için kendi kendine diyet yapmış, 9'u (%8,7) doktora başvurmuş, 26'sı (%25,2) diyetisyene başvurmuş, 20'si (%19,4) spor yapmış, 4'ü (%3,9) diğer yöntemler ile zayıflamaya çalıştığını söylemiştir (Tablo-40).

Daha önceden zayıflamaya çalışanlardan 37'si (%43,5) uyguladığı yöntemle başarılı olmuş, 48'i (%56,5) ise başarılı olamamıştır (Tablo-40).

Hastaların 52'sine (%61,2) diyet yaptığı zamanlarda ailesi destek olduğu, ancak 33'üne ise (%38,8) ailesinin destek olmadığı saptanmıştır (Tablo-40).

Hastaların ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkenine göre 57'si (%65,5) evet, 30'u (%34,5) hayır olarak dağılmaktadır (Tablo-40). Hastaların ergenlikten itibaren en fazla ağırlıkları ortalama  $85,7 \pm 18,5$  iken, ergenlikten itibaren en az ağırlıkları ortalama  $62,1 \pm 13,3$  idi.

Kilo artışının başlama yaşının erken yaşlarda olması ile bireyin ailesi, arkadaş çevresi ve diğer çevresel etkenler bireyler üzerinde baskı oluşturmakta ve bunun sonucu olarak diyet yapma yaşı adölesan dönemlere kadar düşmektedir. Özellikle kadınların adölesan dönemde aç kalarak ya da öğün atlayarak diyet yapmaya çalıştıkları görülmektedir.<sup>175</sup>

**Tablo-41** DEBQ Yeme Davranışının Daha Önce Zayıflamaya Yönelik Çaba Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	84	2,798	0,705	496,500	0,010
	Hayır	19	2,305	0,667		
Duygusal yeme	Evet	84	2,625	1,109	669,500	0,274
	Hayır	19	2,306	1,025		
Dışsal yeme	Evet	84	3,069	0,839	651,000	0,211
	Hayır	19	2,826	0,885		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının daha önce zayıflamaya yönelik çaba değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=496,500;  $p=0,010 < 0,05$ ). Evet diyen hastaların kısıtlayıcı yeme puanları (2,798), hayır diyen hastaların kısıtlayıcı yeme puanlarından (2,305) yüksek bulunmuştur (Tablo-41).

<sup>175</sup> Snoek vd., a.g.e., s. 28.

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının daha önce zayıflamaya yönelik çaba değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=669,500;  $p=0,274>0,05$ ) (Tablo-41).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının daha önce zayıflamaya yönelik çaba değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=651,000;  $p=0,211>0,05$ ) (Tablo-41).

**Tablo-42** DEBQ Yeme Davranışının Daha Önceki Zayıflama Yöntemlerinde Başarı Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	37	2,768	0,742	858,500	0,793
	Hayır	48	2,737	0,712		
Duygusal yeme	Evet	37	2,780	1,145	776,000	0,320
	Hayır	48	2,544	1,063		
Dışsal yeme	Evet	37	3,068	0,824	841,500	0,680
	Hayır	48	3,092	0,854		

Hastaların duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının daha önceki zayıflama yöntemlerinde başarı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo-42).

**Tablo-413** DEBQ Yeme Davranışının Diyet Yaptığı Zamanlarda Aile Destek Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	52	2,777	0,692	804,000	0,626
	Hayır	33	2,709	0,774		
Duygusal yeme	Evet	52	2,401	1,124	561,500	0,007
	Hayır	33	3,034	0,951		
Dışsal yeme	Evet	52	2,956	0,821	657,500	0,070
	Hayır	33	3,279	0,833		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının diyet yaptığı zamanlarda aile destek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=804,000;  $p=0,626>0,05$ ) (Tablo-43).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının diyet yaptığı zamanlarda aile destek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=561,500;  $p=0,007<0,05$ ). Evet diyen hastaların duygusal yeme puanları (2,401), hayır diyen hastaların duygusal yeme puanlarından (3,034) düşük bulunmuştur (Tablo-43).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının diyet yaptığı zamanlarda aile destek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=657,500;  $p=0,070>0,05$ ) (Tablo-43).

**Tablo-44** DEBQ Yeme Davranışının Ağırlığında Artış Olduğu Zaman Çevre İle Görüşme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	57	2,744	0,707	796,000	0,598
	Hayır	30	2,787	0,743		
Duygusal yeme	Evet	57	2,924	1,015	484,500	0,001
	Hayır	30	2,103	1,026		
Dışsal yeme	Evet	57	3,249	0,817	557,500	0,008
	Hayır	30	2,733	0,755		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=796,000;  $p=0,598>0,05$ ) (Tablo-44).

Hastaların duygusal yeme puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=484,500;

p=0,001<0,05). Evet diyen hastaların duygusal yeme puanları (2,924), hayır diyen hastaların duygusal yeme puanlarından (2,103) yüksek bulunmuştur (Tablo-44).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney-U=557,500; p=0,008<0,05). Evet diyen hastaların dışsal yeme puanları (3,249), hayır diyen hastaların dışsal yeme puanlarından (2,733) yüksek bulunmuştur (Tablo-44).

**Tablo-45** Araştırmaya Katılanların Yemek Yeme Düzeni İle İlgili Bulgular

		N	%
İlk öğünü güne başladıktan kaç saat sonra yemekte	0-1 Saat	43	47,8
	1-2 Saat	19	21,1
	3 Saat Ve üstü	28	31,1
	Toplam	90	100,0
Günde kaç öğün yemek ana öğün	1	6	7,2
	2	38	45,8
	3	38	45,8
	4	1	1,2
	Toplam	83	100,0
Günde kaç öğün yemek ara öğün	1	17	32,1
	2	16	30,2
	3	14	26,4
	4	5	9,4
	5	1	1,9
	Toplam	53	100,0
Öğün atlama	Evet	94	91,3
	Hayır	9	8,7
	Toplam	103	100,0
Atlanan öğün	Sabah	30	29,1
	Kuşluk	37	35,9
	Öğle	64	62,1
	İkinci	38	36,9
	Akşam	7	6,8
	Gece	26	25,2
Ana öğün atlama nedeni	Zayıflamak İçin	7	8,4
	Canım İstemediği İçin	36	43,4
	Zaman Yetersizliğinden	21	25,3
	Üşendiğim İçin	1	1,2
	Diğer	11	12,5
	Toplam	83	100,0

Tablo-45'te hastaların yemek yeme düzenleri ile ilgili bulgular yer almaktadır. Bu sonuçlara göre; hastaların 43'ü (%47,8) ilk öğünü güne başladıktan 0-1 saat sonra yemekte, 19'u (%21,1) 1-2 saat, 28'i (%31,1) 3 saat ve üstü sürede yemektedir. Hastaların 6'sı (%7,2) günde 1, 38'i (%45,8) günde 2, 38'i (%45,8) günde 3 ve 1'i (%1,2) günde 4 ana öğün yemektedir. Hastaların 17'si (%32,1) günde 1, 16'sı (%30,2) günde 2, 14'ü (%26,4) günde 3, 5'i (%9,4) günde 4 ve 1'i (%1,9) günde 5 ara öğün yemektedir.

Hastaların 94'ü (%91,3) öğün atladığını, 9'u (%8,7) ise öğün atlamadığını, öğün atlayan hastalardan 30'u (%29,1) sabah, 37'si (%35,9) kuşluk, 64'ü (%62,1) öğle, 38'i (%36,9) ikindi, 7'si (%6,8) akşam, 26'sı (%25,2) gece öğününü atladığını söylemiştir. Bazı hastalar birden fazla öğünü atlamaktadır. Ana öğün atlayan hastalardan 7'si (%8,4) ana öğün atlama nedeni olarak zayıflamak için, 36'sı (%43,4) canım istemediğinden, 7'si (%8,4) unuttuğumdan, 21'i (%25,3) zaman yetersizliğinden, 1'i (%1,2) üşendiğimden ve 11'i (%13,3) diğer demidir (Tablo-45).

Kazma'nın (2013) çalışmasında üniversite öğrencilerinin çoğunlukla zamanı olmadığı için ana öğün atladığı saptanmıştır.<sup>176</sup>

Hastaların çoğunluğu uyandıktan sonra ilk öğününü güne başladıktan 0-1 saat sonra yemektedir. Hastaların çoğunluğu günde 2 ya da 3 ana öğün yemektedir. Hastaların çoğunluğu günde 1 ara öğün yemektedir. Hastaların çoğunluğu 3 ana öğün ve 3 ara öğün yemektedir. Yapılan birçok çalışmada; öğün sıklığı ile obezite arasında negatif yönde bir ilişki çıkmıştır. Bu çalışmalardan birinde günde 4 ve daha fazla öğün tüketen kişiler ile 3 ve daha az öğün tüketen kişiler karşılaştırılmış; 4 ve üzerinde öğün tüketenlerde obezite riskinin %45 daha az olduğu ortaya çıkmıştır.<sup>177</sup>

Stote ve arkadaşlarının (2007)<sup>178</sup> çalışmasında kişiler günde bir öğün tüketmişler ve çalışmanın sonunda vücut ağırlığı ve vücut yağında azalma tespit edilmiştir. Yapılan bir araştırmada da araştırma grubunun % 46,4'ünün çok iştahlı olduğu, % 78,0'ının her gün üç ana, % 1,8'inin üç ara öğün yediği saptanmıştır. Ana öğün atlayanların % 36,4'ü, atlamayanların da % 24,1'i obez olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.<sup>179</sup>

<sup>176</sup> Kazma, a.g.e., s. 34.

<sup>177</sup> Yunsheng Ma vd., "Association Between Eating Pattern and Obesity in a Free-Living US Adult Population", **American Journal of Epidemiology**, 2003, Volume: 158, Issue: 1: s.89.

<sup>178</sup> Kim S. Stote vd., "A Controlled Trial of Reduced Meal Frequency Without Caloric Restriction in Healthy, Normal-Weight, Middle-Aged Adults", **The American Journal of Clinical Nutrition**, 2007, Volume: 85, Issue: 4: s. 985.

<sup>179</sup> Çayır vd., a.g.e., s. 15.



Hastaların tamamına yakını öğün atladığını, öğün atlayan hastalardan çoğunluğu öğle öğününü atladığını söylemiştir. Bazı hastalar birden fazla öğünü atlamaktadır. Ana öğün atlayan hastalardan ana öğün atlama nedeni olarak canım istemediğinden demiştir.

Hastaların büyük çoğunluğu sabah kahvaltısını, öğle yemeğini ve akşam yemeğini genellikle evde yediğini belirtmiştir.

**Tablo-46** Araştırmaya Katılanların Öğün Yeme Yerleri İle İlgili Bulgular

		N	%
Kahvaltıyı genellikle yeme yeri	Evde	89	87,3
	İş Yerinde	6	5,9
	Lokantada	1	1,0
	Diğer	6	5,9
	Toplam	102	100,0
Öğle yemeğini genellikle yeme yeri	Evde	77	77,8
	İş Yerinde	10	10,1
	Lokantada	2	2,0
	Diğer	10	10,1
	Toplam	99	100,0
Akşam yemeğini genellikle yeme yeri	Evde	99	97,1
	İş Yerinde	3	2,9
	Toplam	102	100,0

Hastaların 89'u (%87,3) sabah kahvaltısını genellikle evde, 6'sı (%5,9) iş yerinde, 1'i (%1,0) lokantada ve 6'sı (%5,9) diğer başka bir alanda yediğini belirtmiştir (Tablo-46).

Kazma'nın (2013) çalışmasında üniversite öğrencilerinin çoğunluğu en az bir öğünlerini dışarıda yedikleri, tüm öğrencilerin sabah kahvaltısını çoğunlukla evde yedikleri ve obez öğrencilerin ise en çok fastfood restoranları tercih ettikleri belirlenmiştir.<sup>180</sup>

Hastaların 77'si (%77,8) öğle yemeğini genellikle evde, 10'u (%10,1) iş yerinde, 2'si (%2,0) lokantada ve 10'u (%10,1) diğer başka bir alanda, akşam yemeğini ise genellikle hastaların 99'u (%97,1) evde ve 3'ü (%2,9) iş yerinde yemektedir (Tablo-46).

<sup>180</sup> Kazma, a.g.e., s. 34.

**Tablo-47** DEBQ Yeme Davranışının Kahvaltının Genellikle Nerede Yapıldığı Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evde	89	2,683	0,697	2,911	0,405
	İş Yerinde	6	2,850	0,622		
	Lokantada	1	3,500	0,000		
	Diğer	6	2,417	0,662		
Duygusal yeme	Evde	89	2,561	1,106	0,019	0,999
	İş Yerinde	6	2,474	1,045		
	Lokantada	1	2,462	0,000		
	Diğer	6	2,680	1,362		
Dışsal yeme	Evde	89	3,014	0,857	0,623	0,891
	İş Yerinde	6	2,950	0,993		
	Lokantada	1	3,200	0,000		
	Diğer	6	3,183	0,850		

Hastaların, kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının kahvaltı genellikle nerede değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-47).

**Tablo-48** DEBQ Yeme Davranışının Yemek Yeme Hızı Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	Yavaş	7	2,843	0,655	3,756	0,289
	Orta	55	2,807	0,718		
	Hızlı	30	2,593	0,790		
	Çok Hızlı	10	2,390	0,517		
Duygusal yeme	Yavaş	7	1,967	0,575	3,729	0,292
	Orta	55	2,486	1,134		
	Hızlı	30	2,762	1,110		
	Çok Hızlı	10	2,823	1,090		
Dışsal yeme	Yavaş	7	2,757	0,640	6,936	0,074
	Orta	55	2,869	0,798		
	Hızlı	30	3,150	0,808		
	Çok Hızlı	10	3,640	1,126		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal, dışsal yeme puanları ortalamalarının yemek yeme hızı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-48).

**Tablo-49** DEBQ Yeme Davranışının Ana Öğün Atlama Nedeni Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	Zayıflamak İçin	7	2,800	0,548	2,543	0,770
	Canım İstemediği İçin	36	2,766	0,759		
	Unuttuğum İçin	7	2,743	0,776		
	Zaman Yetersizliğinden	21	2,729	0,737		
	Üşendiğim İçin	1	2,000	0,000		
	Diğer	11	2,500	0,796		
Duygusal yeme	Zayıflamak İçin	7	2,341	0,837	5,838	0,322
	Canım İstemediği İçin	36	2,606	1,082		
	Unuttuğum İçin	7	3,121	1,300		
	Zaman Yetersizliğinden	21	2,568	1,100		
	Üşendiğim İçin	1	1,846	0,000		
	Diğer	11	1,951	1,154		
Dışsal yeme	Zayıflamak İçin	7	3,329	0,936	6,575	0,254
	Canım İstemediği İçin	36	3,147	0,871		
	Unuttuğum İçin	7	3,100	0,927		
	Zaman Yetersizliğinden	21	2,791	0,734		
	Üşendiğim İçin	1	3,500	0,000		
	Diğer	11	2,618	0,797		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme ve DEBQ toplam puanları ortalamalarının ana öğün atlama nedeni değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-49).

**Tablo-50** DEBQ Yeme Davranışının Öğle Yemeğini Genellikle Nerede Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evde	77	2,749	0,698	3,315	0,346
	İş Yerinde	10	2,660	0,715		
	Lokantada	2	2,850	0,919		
	Diğer	10	2,310	0,601		
Duygusal yeme	Evde	77	2,446	1,036	1,875	0,599
	İş Yerinde	10	2,954	1,228		
	Lokantada	2	2,423	0,054		
	Diğer	10	2,785	1,409		
Dışsal yeme	Evde	77	2,968	0,806	1,668	0,644
	İş Yerinde	10	3,220	1,056		
	Lokantada	2	3,400	0,283		
	Diğer	10	2,870	0,849		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme puanları ortalamalarının öğle yemeğini genellikle nerede değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-50).

**Tablo-51** DEBQ Yeme Davranışının İlk Öğünü Güne Başladıktan Kaç Saat Sonra Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	KW	p
Kısıtlayıcı yeme	0-1 Saat	43	2,621	0,730	1,023	0,600
	1-2 Saat	19	2,790	0,640		
	3 Saat Ve üstü	28	2,696	0,753		
Duygusal yeme	0-1 Saat	43	2,496	1,164	4,375	0,112
	1-2 Saat	19	2,263	0,964		
	3 Saat Ve üstü	28	2,903	1,055		
Dışsal yeme	0-1 Saat	43	3,026	0,872	0,908	0,635
	1-2 Saat	19	2,974	1,050		
	3 Saat Ve üstü	28	3,132	0,757		
DEBQ Toplam	0-1 Saat	43	2,714	0,552	2,597	0,273
	1-2 Saat	19	2,675	0,583		
	3 Saat Ve üstü	28	2,910	0,558		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının ilk öğünü güne başladıktan kaç saat sonra değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-51).

**Tablo-52** DEBQ Yeme Davranışının Akşam Yemeğini Genellikle Nerede Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evde	99	2,687	0,699	139,500	0,858
	İş Yerinde	3	2,633	0,351		
Duygusal yeme	Evde	99	2,587	1,105	80,000	0,175
	İş Yerinde	3	1,744	0,617		
Dışsal yeme	Evde	99	3,028	0,854	132,500	0,751
	İş Yerinde	3	2,800	0,954		

Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının akşam yemeğini genellikle nerede değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=139,500; p=0,858>0,05) Hastaların duygusal yeme puanları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=80,000; p=0,175>0,05).

Hastaların dışsal yeme puanları ortalamalarının akşam yemeğini genellikle nerede değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=132,500; p=0,751>0,05) (Tablo-52).

**Tablo-53** DEBQ Yeme Davranışının Düzenli Olarak Vitamin Mineral Desteği Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	4	2,800	0,583	173,000	0,669
	Hayır	99	2,703	0,728		
Duygusal yeme	Evet	4	2,635	1,543	193,000	0,932
	Hayır	99	2,563	1,085		
Dışsal yeme	Evet	4	3,300	0,572	148,000	0,393
	Hayır	99	3,013	0,858		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme puanları ortalamalarının düzenli olarak vitamin mineral desteği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U; p>0,05) (Tablo-53).

**Tablo-54** DEBQ Yeme Davranışının Öğün Atlama Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Kısıtlayıcı yeme	Evet	94	2,707	0,736	413,000	0,907
	Hayır	9	2,700	0,574		
Duygusal yeme	Evet	94	2,566	1,131	404,000	0,824
	Hayır	9	2,564	0,682		
Dışsal yeme	Evet	94	3,015	0,853	380,000	0,615
	Hayır	9	3,122	0,842		

Hastaların kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme puanları ortalamalarının öğün atlama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo-54).

**Tablo-55** DEBQ Yeme Davranışı İle İlişkilere Dair Korelasyon

		Kısıtlayıcı Yeme	Duygusal Yeme	Dışsal Yeme	DEBQ Toplam
Kilo	r	0,033	-0,049	0,166	0,089
	p	0,741	0,620	0,095	0,370
	N	103	103	103	103
BKİ	r	0,054	-0,011	0,077	0,089
	p	0,591	0,912	0,442	0,373
	N	103	103	103	103
Bel çevresi	r	0,036	-0,103	0,050	0,008
	p	0,716	0,300	0,616	0,938
	N	103	103	103	103
Yaş	r	0,028	0,154	-0,040	0,095
	p	0,780	0,120	0,689	0,339
	N	103	103	103	103
Ergenlikten itibaren en fazla ağırlığınız	r	0,043	-0,080	0,161	0,094
	p	0,684	0,453	0,130	0,380
	N	90	90	90	90
Ergenlikten itibaren en az ağırlığınız	r	-0,074	-0,009	0,217	0,075
	p	0,514	0,938	0,052	0,505
	N	81	81	81	81
Günde kaç öğün yemek ana öğün	r	0,136	0,108	0,072	0,158
	p	0,220	0,330	0,515	0,154
	N	83	83	83	83
Günde kaç öğün yemek ara öğün	r	-0,159	0,087	0,194	0,030
	p	0,254	0,536	0,163	0,830
	N	53	53	53	53
Günde ne kadar su	r	0,220	0,053	-0,206	0,010
	p	0,028	0,605	0,041	0,919
	N	99	99	99	99

Kilo ( $r=0,033$ ;  $p=0,741>0,05$ ), boy ( $r=-0,082$ ;  $p=0,411>0,05$ ), BKİ ( $r=0,054$ ;  $p=0,591>0,05$ ), bel çevresi ( $r=0,036$ ;  $p=0,716>0,05$ ), kalça çevresi ( $r=0,012$ ;  $p=0,907>0,05$ ), yaş ( $r=0,028$ ;  $p=0,780>0,05$ ), ergenlikten itibaren en fazla ağırlığı ( $r=0,043$ ;  $p=0,684>0,05$ ), ergenlikten itibaren en az ağırlığı ( $r=-0,074$ ;  $p=0,514>0,05$ ), günde yenilen ana öğün miktarı ( $r=0,136$ ;  $p=0,220>0,05$ ) ve günde yenilen ara öğün miktarı ( $r=-0,159$ ;  $p=0,254>0,05$ ) ile kısıtlayıcı yeme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo-55).

Günde içilen su miktarı ile kısıtlayıcı yeme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %22,0 pozitif yönde anlamlı

ilişki bulunmuştur ( $r=0,220$ ;  $p=0,028<0,05$ ) (Tablo-55). Bu sonuca göre günde içilen su miktarı arttıkça kısıtlayıcı yeme puanı da artmaktadır.

Kilo ( $r=-0,049$ ;  $p=0,620>0,05$ ), boy ( $r=-0,064$ ;  $p=0,523>0,05$ ), BKİ ( $r=-0,011$ ;  $p=0,912>0,05$ ), bel çevresi ( $r=-0,103$ ;  $p=0,300>0,05$ ), yaş ( $r=0,154$ ;  $p=0,120>0,05$ ), ergenlikten itibaren en fazla ağırlığı ( $r=-0,080$ ;  $p=0,453>0,05$ ), ergenlikten itibaren en az ağırlığı ( $r=-0,009$ ;  $p=0,938>0,05$ ), günde yenilen ana öğün miktarı ( $r=0,108$ ;  $p=0,330>0,05$ ), günde yenilen ara öğün miktarı ( $r=0,087$ ;  $p=0,536>0,05$ ) ve günde içilen su miktarı ( $r=0,053$ ;  $p=0,605>0,05$ ) ile duygusal yeme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo-55).

Kilo ( $r=0,166$ ;  $p=0,095>0,05$ ), BKİ ( $r=0,077$ ;  $p=0,442>0,05$ ), yaş ( $r=-0,040$ ;  $p=0,689>0,05$ ), ergenlikten itibaren en fazla ağırlığı ( $r=0,161$ ;  $p=0,130>0,05$ ), ergenlikten itibaren en az ağırlığı ( $r=0,217$ ;  $p=0,052>0,05$ ), günde yenilen ana öğün miktarı ( $r=0,072$ ;  $p=0,515>0,05$ ) ve günde yenilen ara öğün miktarı ( $r=0,194$ ;  $p=0,163>0,05$ ) ile dışsal yeme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo-55).

Günde içilen su miktarı ile dışsal yeme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %20,6 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,206$ ;  $p=0,041<0,05$ ) (Tablo-55). Buna göre günde ne kadar su içtiği arttıkça dışsal yeme puanı azalmaktadır.

Günde içilen su miktarı ile kısıtlayıcı yeme arasında pozitif yönde ilişki bulunmuş olup, günde içilen su miktarı arttıkça kısıtlayıcı yeme puanının da arttığı belirlenmiştir. Günde içilen su miktarı ile dışsal yeme arasında ise negatif yönde ilişki bulunmuştur. Günde içilen su miktarı arttıkça dışsal yeme puanının azaldığı görülmüştür.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Açlık evrensel ve fizyolojik bir dürtü olmakla beraber yeme davranışı; motor, bilişsel, duygusal, sosyal, çevresel ve kültürel faktörlerden etkilenecek şekilde şekillendiği için son derece karmaşıktır. Bu faktörlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin tanımlanması ile bozuk yeme davranışı, yeme bozuklukları ve obezitede yeni tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde yol gösterici olabilir. Hatalı davranışın düzeltme sürecini başlatabilmek için ,öncelikle hangi davranış ve ya davranışların düzeltileceğinin bilinmesi gerekir.Hangi uyarının bu davranış ve ya davranışlara sebep olduğunun da bilinmesi gerekmektedir Özetle harcanılan enerjiden daha fazlasının alınmasıyla ortaya çıkan obezite, hatalı yeme davranışının da bir sonucudur. Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi'nde obezite tanısı almış,18 yaş üzeri, menopoza girmemiş, BKİ>24,9 olan 103 kadın hasta üzerinde yapılan bu çalışmada, hastaların obezite derecelerinin ,problemlili yeme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlandı. Çalışmanın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1. Katılımcıların BKİ'leri değerlendirildiğinde 103 kadın katılımcıdan oluşan evrende %29,1' i Grade 1, %32,1' i Grade 2, %29,1' i Grade 3 ve %9,7' si Grade 4 olarak saptandı.

2. Araştırmaya katılanların dışsal yeme davranışının kısıtlayıcı duygusal yeme oranla yüksek bulunmuşturancak ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir.

3. Araştırmaya katılanların öğünlerini atladıkları ve en çok öğle ana öğününü atladıkları saptanmıştır.

4. Katılımcıların duygusal durumlarının iştahları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların duygusal yeme davranışının iştahlarını arttırdığı yönde değiştirdiği bulunmuştur ve ikisi arasında anlamlı bir fark saptanmıştır.

5. Ailedeki kişi sayısı arttıkça dışsal yeme davranışı artmış ve anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur..

7. Karamsar hissetme değişkenine göre DEPQya bakıldığında duygusal yemede iştahın arttığı saptanmış ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

9. Hastaların duygusal yeme ve dışsal puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman, sosyal çevreleri ile görüşme değişkenine bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

10. Dışsal yemelerinin mutlu hissetme ve sevinçli hissetme değişkenine göre iştahın arttığı gözlenmiş ve anlamlı fark saptanmıştır.

11. Dışsal yemenin sinirli hissetme değişkenine göre iştahın arttığı gözlenmiş ve anlamlı fark saptanmıştır.



12. Duygusal yemenin, öfkeli hissetme değişkenine göre anlamlı bir fark vardır.

13. DEBQ yeme davranışının mutlu hissetme değişkenine göre dağılımı incelendiğinde dışsal yeme davranışında iştahın arttığı gözlenmiş ve anlamlı bir fark saptanmıştır.

14. Hastaların duygusal, dışsal yeme puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterilmiştir.

15. DEBQ yeme davranışının daha önce zayıflamaya yönelik çaba değişkenine göre dağılımına bakıldığında kısıtlayıcı yeme puan anlamlı farklılık gösterilmiştir.

16. Aile desteğinin diyet yapıldığı zaman duygusal yeme üzerinde etkili olduğu ve anlamlı farklılık gösterilmiştir. Aile desteği görenlerde, görmeyenlere göre duygusal yeme puanları düşük bulunmuştur.

17. Araştırmaya katılanların duygusal durumlarının kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranı üzerinde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

18. Düzenli fiziksel aktivite yapanlarda dışsal yeme puanları, düzenli fiziksel aktivite yapmayanlara göre düşük bulunmuş ve anlamlı bir fark saptanmıştır.

19. Gece uykudan uyanıp birşeyler yiyenlerde kısıtlayıcı yeme puanları, yemeyenlere göre düşük bulunmuş ve anlamlı bir fark saptanmıştır.

20. Gece uykudan uyanıp birşeyler yiyenlerde dışsal yeme puanları, yemeyenlere göre yüksek bulunmuş ve anlamlı bir fark saptanmıştır.

21. Çayda şeker kullanımı ile duygusal yeme arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu sonuca varılmasında çay tüketiminin katılımcılar arasında fazlaca tüketimi ve bunun şeker kullanılarak tüketilmenin alışkanlık şekline dönüştüğü düşünülebilir.

22. Ev dışı ortamlarda yemek yemenin, dışarıdaki uyaranların fazla olması nedeniyle dışsal yeme davranışının artırması beklenirken anlamlı bir fark saptanmamıştır.

23. Güne başlama öğün saati geciktikçe, bozuk yeme davranışında artış beklenirken özellikle de dış uyaranların etkisinin fazla olduğu düşünüldüğünde dışsal yeme davranışında artış beklenirken anlamlı bir fark saptanmamıştır.

24. Hastaların duygusal yeme puan ortalamaları ile obezite dereceleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

25. Hastaların dışsal yeme puan ortalamaları ile obezite dereceleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

26. Çocuklukta kilolu olmanın problemlili yeme davranışları arasında anlamlı bir etkisi beklenebilecek iken anlamlılık bulunmamıştır.

27. Hastaların kısıtlayıcı yeme puanları ortalamalarının ağırlığında artış olduğu zaman çevre görüşme değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

28. Kahvaltının ev harici yerlerde yapıldığında anlamlı bir fark gözlenmesi beklenirken anlamlı fark saptanamamıştır.

Hatalı davranışın düzeltme sürecini başlatabilmek için ,öncelikle hangi davranış ve ya davranışların düzeltileceğinin bilinmesi gerekir. Hangi uyarının bu davranış ve ya davranışlara sebep olduğunun bilinmesi gerekmektedir.

Obezite artıkça kişide öz güven düşüklüğü olabilmektedir. Bu durumdaki bireyler sosyal hayattan uzaklaşmayı tercih etmektedirler. Ancak buldukları ortamda duygusal durumlarını dengelemek için dış uyarın olarak mevcut ortamda gıda varsa yeme davranışını kontrolsüzce yapılabilir. Bu durum obezite oluşmasına veya mevcut obezitenin artışına neden olabilir.

Dışsal yeme düzenli fiziksel aktivite arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapanların sağlığına ve görünümüne önem verdiği düşünüldüğünde bu kişilerin dış uyarınlara daha kontrolü davranma konusunda beceri geliştirdiği söylenebilir. Yemek yeme insanda endorfin salgılar ve kişi mutlu olmak için yemek yer. Aynı durum fiziksel aktivite yaptığında da gerçekleşir. Bu durumu kişi mutluluğu yemekte aramayacağı için gıdaya yönelmez diye düşünebiliriz. BKİ ile kısıtlayıcı yeme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.  $(p=0,591>0,05)$ .

Ailedeki birey sayısı ile dışsal yemede anlamlı ilişki bulunmuştur. Yemek yeme davranışı aynı zamanda öğrenilen bir davranış şeklidir. Ailedeki birey sayısı öğrenmeyi pekiştirebilir.

Su tüketim ve kısıtlayıcı yeme arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Kilo kontrolü sağlamaya çalışanların su tüketiminin artırılması gerektiği yönündeki mevcut bilgilerden yararlanabilirler. Obez kişiler, zayıflamaya yönelik pek çok doğru ve yanlış bilgilere sahiptirler. Ancak su tüketimini arttırmak obezite tedavisinde doğru bir eğilimdir. Bu da çalışmaya katılanların bu yönde farkındalıklarının olduğunu göstermektedir.

Araştırma da BKİ 40 ve üzeri kronik hastalığı olmayan 10 hasta mevcuttur. Bu bulgu BKİ arttıkça eşlik eden hastalık ve kullanılan ilaçların arttığı şeklinde yorumlanabilir. Katılımcı sayısı artırılarak araştırmanın yapılması konuya daha fazla açıklık kazandıracaktır. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Obezite tedavisi için ülkemizde genel uygulama tıbbi beslenme önerisi hazırlayarak hastaya uygulaması yönünde eğitmektir. Ancak bu tek başına yeterli değildir. Önemli bir diğer konu davranış değişikliği tedavisidir. Yeme davranışını etkileyen birçok etken vardır ve bunların çoğu birbiriyle ilişkilidir. Bu etkenlerin ve birbirleriyle olan ilişkilerinin tanımlanması ile bozuk yeme davranışı, yeme bozuklukları ve obezitenin erken dönemde tanısı konulabilir. Tedavide DEBQ gibi ölçme araçları kullanılarak problemlili yeme davranışı belirlenebilir. Hastalarda bununla ilgili farkındalık oluşturularak, beslenme davranış değişikliği tedavisi ile eş güdümlü obezite tedavisi yapılabilir. Bu durum tedavide başarı oranını yükseltebilir.

Ancak bu alanda örneklem sayısı yüksek tutularak daha çok çalışma yapılması; obezite tedavisi ile ilgilenen sağlık profesyonellerine yol gösterici olabilir.

Berberinde pek çok sağlık risklerine neden olan obezite, günümüzde sadece obezi ilgilendiren değil toplumun genelini ilgilendiren ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Tüm bu faktörler dikkate alınarak tanı, takip ve tedavi sürecinde hekim, diyetisyen, psikiyatrist – psikolog ve fizyoterapisti de içeren ekiple birlikte multidisipliner bir yaklaşımla çalışılması gerekmektedir. Obezite önlenemez bir hastalıktır, ancak oluştuktan sonra komplikasyonlarla tedavisi külfetlidir. Bu durum ülke ekonomisi oldukça yüklü bir tedavi maliyetiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Ancak, sağlıklı nesiller yetiştirme sadece aile ve sağlık çalışanlarına bırakılamayacak kadar ağır ve önemli bir sorumluluktur.. Bu alanda Sağlık Bakanlığının yanı sıra Gıda ve Tarım Bakanlığının güvenli gıda eğitim ve denetim ayağında olmak üzere, fiziksel aktivitenin desteklenmesi için Gençlik ve Spor Bakanlığı, sağlıklı fiziksel hareketlerin yapılabileceği alanlar için Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, beslenme bilgi ve bilincinin yerleştirilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı, üniversiteler, belediyeler, medya ve sivil toplum kuruluşların da katkısı ile sorunun çözümü noktasında iş birliğinde bulunmaları oldukça önemlidir.

## KAYNAKÇA

### KİTAPLAR

BAHÇECİ Mithat, TUZCU Alparslan, ARIKAN Şenay ve GÖKALP Deniz, **Obezite Rehberi**. İçinde: Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara, 2009.

BAYSAL Ayşe, **Beslenme**, 13. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2011.

BAYSAL Ayşe, **Beden Ağırlığının Denetimi. Diyet El Kitabı**. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2013.

BÜYÜKÖZTÜRK Şener, AKGÜN, Özcan E., KARADENİZ Şirin, DEMİREL Funda ve KILIÇ Ebru, **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**. Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara, 2012.

DUYFF R. Larson, **Amerikan Diyetisyenler Derneği'nin Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi**. Ed.: Sevinç Yücesan vd., Acar Matbaacılık, İstanbul, 2003.

KAĞITÇIBAŞI Çiğdem, **Günümüzde İnsan ve İnsanlar Sosyal Psikolojiye Giriş**, 13. Basım. Evrim Yayınevi, İstanbul, 2012.

ÖZFİDAN Aslıhan Topyay, **Psikosomatik Hastalıklar ve Obezitenin Psikolojik İşleyişi ve Tedavisi**. İçinde: Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. (Ed. Emek Tüfekçi Slogan), Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2014.

WADDEN Thomas A. and OSEI Suzette, Obezite Tedavisi. Ed. Erif Nihat Dursun. İçinde: Obezite Tedavi El Kitabı 2003.

### MAKALELER

AKMAN Mehmet, BUDAK Şennur ve KENDİR Mehmet, "Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Sağlık Problemleri", **Marmara Medical Journal**, 2004, Cilt: 17, Sayı: 3, 113-120.

ALANTAR Zeynep ve MANER Fulya, "Bağlanma Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 2008, Cilt: 9, 97-104.

ALTUNKAYNAK Berrin Zuhul ve ÖZBEK Elvan, "Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri", **Van Tıp Dergisi**, 2006, Cilt: 13, Sayı: 4, 138-142.

ANNAGÜR Bilge Burçak, ORHAN Fatma Özlem, ÖZER Ali, TAMAM Lut ve ERHAN Çiğdem, "Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir On Çalışma", **Nöropsikiyatri Arşivi**, 2012, Sayı: 49, 14-19.

ANSCHUTZ Doeschka J., ENGELS Rutger C.M.E. and STRIEN Tatjana Van, "Susceptibility For Thin Ideal Medial and Eating Styles", **Body Image**, 2008, Volume: 5, Issue: 1, 70-79.

ASLAN S. Halime, "Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi", **Düşünen Adam**, 2001, Cilt: 14, Sayı: 1, 41-47.

BABAYİĞİT Zeliha, ALÇALAR Nilüfer ve BAHADIR Güler, "Obez Kadınlarda Tıkanircasına Yeme Bozukluğunun Psikopatoloji ve Bilişsel Açından İncelenmesi", **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi**, 2013, Cilt: 33, Sayı: 4, 1077-1087.

BAŞTERZİ Ayşe Devrim, TÜZER Verda, ALAGÖZ M. Şahin, UYSAL A. Çağrı ve GÖKA Erol, "Estetik Cerrahi Hastalarında Yeme Tutumu ve Beden Algısı", **Yeni Symposium**, 2003, Cilt, 41, Sayı: 1, 3-6.

BUREN Dorothy J. Van and SINTON Meghan M., "Psychological Aspects of Weight Loss and Weight Maintenance", **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, 2009, Volume: 109, Issue: 12, 1994-1996.

ÇAYIR Aliye, ATAK Nazlı ve KÖSE Serdal Kenan, "Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuran Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 2011, Cilt: 64, Sayı: 1, 13-19.

DAVIS Caroline, PATTE Karen, LEVITAN Robert, REID Caroline, TWEED Stacey, CURTIS Claire, " From Motivation to Behaviour: A Model of Reward Sensitivity, Overeating and Food Preferences in the Risk Profile For Obesity", **Appetite**, 2007, Volume: 48, Issue: 1, 12-19.

DAVIS Caroline and FOX John, "Sensitivity to Resard and Body Mass Index (BMI): Evidence For A Non-Linear Relationship", **Appetite**, 2008, Volume: 50, Issue: 1, 43-49.

ELFHAG Kristina and MOREY Lesley C., "Personality Traits and Eating Behavior in the Obese: Poor Self-Control in Emotional and External Eating but Personality Assets in Restrained Eating", **Eating Behaviors**, 2008, Volume: 9, Issue: 3, 285-293.

ERARSLAN Elife ve YÜKSEL İlhami, " Obezite ve Gastrointestinal Kanseri İlişkisi", **Yeni Tıp Dergisi**, 2011, Cilt: 28, Sayı: 4, 203-206.

ERKOL Aysun ve KHORSHİD Leyla, "Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi", **Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi**, 2004, Cilt: 14, Sayı: 2, 101-107.

EROL Atila, TOPRAK Gülser, YAZICI Fadime ve EROL Sıdıka, "Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması", **Klinik Psikiyatri**, 2000, Sayı: 3, 147-152.

EVERS Catharine, STOK F. Marjin, DANNER Unna N., SALMON Stefanie J., RIDDER Denise T.D. de, ADRIAANSE Marieke A., "The Shaping Role of Hunger on Self-Reported External Eating Status", **Appetite**, 2011, Volume: 57, Issue: 2, 318-320.

FAİRBURN Christopher G. and HARRİSON Paul J., "Eating Disorders", **The Lancet**, 2003, Volume: 361, 407-416.

GELİEBTER Allan and AVERSA Angela, "Emotional Eating in Overweight, Normal Weight and Underweight Individuals", **Eating Behaviors**, 2003, Volume: 3, Issue: 4, 341-347.

GRAVE Riccardo Dalle, "Eating Disorders: Progress and Challenges", **European Journal of Internal Medicine**, 2011, Cilt: 22, Sayı: 2, 153–160.

GÜLÇELİK Neşe Ersöz, GÜRLEK Alper ve USMAN Aydan, "Obezitenin Medikal Tedavisi", **Hacettepe Tıp Dergisi**, 2007, Sayı: 38,s. 212-217.

GÜNEY Esra ve KURUOĞLU Aslı Çepik, "Yeme Bozukluklarında Beyin Görüntüleme Yöntemleri", **Klinik Psikiyatri**, 2007, Sayı: 10, 93-101.

GÜRDAL Ayça, "Yeme Bozuklukları ve Tedavisi", **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 1999, Cilt: 9, Sayı: 1, 21-27.

HAN Thong S., van LEER Edith M., SEIDELL Jacob C and LEAN Michael E.J. , "Waist Circumference Action Levels in the Identification of Cardiovascular Risk Factors: Prevalence Study in a Random Sample", **British Medical Journal**, 1995, Volume: 311, Issue: 7017,1401-1405.

HENDERSON Nicola J. and HUON Gail F., "Negative Affect and Binge Eating in Overweight Women", **British Journal of Health Psychology**, 2002, Volume: 7, 77-87.

İPEKÇİ Süleyman Hilmi ve KEBAPÇILAR Levent, "Obezite ve Gastrointestinal Sistem İlişkisi", **Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Özel Dergisi**, 2013, Cilt: 6, Sayı: 1,s. 65-71.

KAYA Ahmet, "Obezite ve Hipertansiyon", **Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism**, 2003, Sayı: 2, 13-21.

KENNY Paul J., "Reward Mechanisms in Obesity: New Insights and Future Directions", **Neuron**, 2011, Volume: 69, Issue: 4,s. 664-679.

KIANG Lisa and HARTER Susan, "Sociocultural Values of Appearance and Attachment Processes: An Integrated Model of Eating Disorder Symptomatology", **Eating Behaviors**, 2006, Volume: 7, Issue: 2, 134-151.

KIRAÇ Deniz, KASPAR Elif Çiğdem, AVCILAR Tuba, ÇAKIR Özgür Kasımay, ULUCAN Korkut, KURTEL Hızır, DEYNELİ Oğuzhan ve GÜNEY Ahmet İlter, "Obeziteyle İlişkili Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılmasında Yeni Bir Yöntem "Üç Faktörlü Beslenme Anketi"", **MÜSBED**, 2015, Cilt: 5, Sayı: 3, 162-169.

KOJIMA Masayasu, HOSODA Hiroshi, MATSUO Hisayuki and KANGAWA Kenji, "Ghrelin: Discovery of the Natural Endogenous Ligand For The Growth Hormone Secretagogue Receptor", **Trends in Endocrinology & Metabolism**, 2001, Volume: 12, Issue: 3, 120.

KÖKTÜRK Oğuz ve ÇİFTÇİ Tansu Ulukavak, "Obezite-Hipoventilasyon Sendromu", **Tüberküloz ve Toraks Dergisi**, 2003, Cilt: 51, Sayı: 1, 107-116.

LAITINEN Jaana, EK Ellen and SOVIO Ulla, "Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior", **Preventive Medicine**, 2002, Volume: 34, Issue: 1, 29-39.

LOWE Michael R. and LEVINE Allen S., "Eating Motives and the Controversy Over Dieting: Eating Less Than Needed Versus Less Than Wanted", **Obesity Research**, 2005, Volume: 13, Issue: 5, 797-806.

LOWE Michael R. and BUTRYN Meghan L., "Hedonic Hunger: A New Dimension of Appetite?", **Physiology and Behavior**, 2007, Volume: 91, Issue: 4: 432-439.

LÖFFLER Antje, LUCK Tobias, THEN Francisca S., SIKORSKI Claudia, KOVACS Peter, BÖTTCHER Yvonne, BREITFELD Jana et. al., "Eating Behaviour in the General Population: An Analysis of the Factor Structure of the German Version of the Three-Factor-Eating-Questionnaire (TFEQ) and Its Association with the Body Mass Index", **Plos One**, 2015, 1-11.

MA Yunsheng, BERTONE Elizabeth R., STANEK III Edward J., REED George W., HEBERT James R., COHEN Nancy L., MERRIAM Philip A. and OCKENE Ira S., "Association Between Eating Pattern and Obesity in a Free-Living US Adult Population", **American Journal of Epidemiology**, 2003, Volume: 158, Issue: 1, 85-92.

MACHT Michael and MUELLER Jochen, "Immediate Effects of Chocolate on Experimentally Induced Mood States", **Appetite**, 2007, Volume: 49, Issue: 3, 667-674.

MACHT Michael, "How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model", **Appetite**, 2008, Volume: 50, Issue: 1, 1-11.

NAZLICAN Ersin, DEMİRHİNDİ Hakan ve AKBABA Muhsin, "Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi", **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 2011, Cilt: 1, Sayı: 2, 5-12.

OLIVER Georgina, WARDLE Jane and GIBSON Leigh E., "Stress and Food Choice: A Laboratory Study", **Psychosomatic Medicine**, 2000, Volume: 62, Issue: 6, 853-865.

ORAL Nursen ve ŞAHİN Nesrin Hisli, "Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi", **Türk Psikoloji Dergisi**, Aralık 2008, Cilt: 23, Sayı: 62, 37-48.

Ouwens Machteld A., Strien Tatjana van and Staak Cees P.F. van der, "Tendency Toward Overeating and Restraint as Predictors of Food Consumption", **Appetite**, 2003, Volume: 40, Issue: 3: 291-298.

Prentice Andrew M. and Jebb Susan A., "Fast Food, Energy Density and Obesity: A Possible Mechanistic Link", **Obesity Reviews**, 2003, Volume: 4, Issue: 4, 187-194.

SNOEK Harriëtte M., Strien Tatjana Van, Janssens Jan A.M. and Engels Rutger C.M.E., "Emotional, External, Restrained Eating and Overweight in Dutch Adolescent", **Scandinavian Journal of Psychology**, 2007, Volume: 48, Issue: 1, 23-32.

SEMİZ Murat, KAVAKÇI Önder, YAĞIZ Ayşegül, YONTAR Gözde ve KUĞU NESİM, "Sivas İli Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar", *Türk Psikiyatrik Dergisi*, 2013, Cilt: 24, Sayı: 3, 149-157.

SERTÖZ Özen Önen ve ELBİ Hayriye Mete, "Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapistinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması", *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2005, Sayı: 15, 119-126.

SEVİNÇER Güzin Mukaddes ve KONUK Numan, "Emosyonel Yeme", *Journal of Mood Disorders*, 2013, Cilt: 3, Sayı: 4, 171-178.

SİYEZ Diğdem Müge ve UZBAŞ Aslı, "Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki", *New/Yeni Symposium Journal*, Ocak 2006, Cilt: 44, Sayı: 1. [www.yenisymposium.net](http://www.yenisymposium.net).

STİCE Eric, "A Prospective Test of the Dual-Pathway Model of Bulimic Pathology: Mediating Effects of Dieting and Negative Affect", *Journal of Abnormal Psychology*, 2001, Volume: 110, Issue: 1, 124-135.

STOTE Kim S., BAER David J., SPEARS Karen, PAUL David R., HARRIS G. Keith, RUMPLER William V., STRYCULA Pilar et. al., "A Controlled Trial of Reduced Meal Frequency Without Caloric Restriction in Healthy, Normal-Weight, Middle-Aged Adults", *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2007, Volume: 85, Issue: 4, 981-988.

STRIEN Tatjana Van and SCHIPPERS Gerard M., "On The Relationship Between Emotional and External Eating Behavior", *Addictive Behavior*, 1995, Volume: 20, Issue: 5, 585-594.

STRIEN Tatjana Van, "Ice-Cream Consumption, Tendency Toward Overeating, and Personality", *The International Journal of Eating Disorders*, 2000, Volume: 28, Issue: 4, 460-464.

STRIEN Tatjana Van, CLEVEN Anouk and SCHIPPERS, "Restraint, Tendency Toward Overeating And Ice Cream Consumption", *Eating Disorders*, 2000, Volume: 28, Issue: 3, 333-338.

STRIEN Tatjana Van, HERMAN Peter C. and VERHEIJDEN Marieke W., "Eating Style, Overeating and Overweight in a Representative Dutch Sample. Does External Eating Play a Role?", *Appetite*, 2009, Volume: 52, Issue: 2, 380-387.

STRIEN Tatjana Van, KONTTINEN Hanna, HOMBERG Judith R., ENGELS Rutger C.M.E. and WINKENS Laura H.H., "Emotional Eating as a Mediator Between Depression and Weight Gain", *Appetite*, 2016, Volume: 100, 216-224.

TOPUZ Cem, BATURAY Fulya, ÇAKIRGÖZ Mensure ve ERSOY Ayşın, "Morbid Obezite Cerrahisi ve Anestezisi", *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2014, Cilt: 30, Sayı: 1, 56-59.

TORRES Susan J. and NOWSON Caryl A., "Relationship Between Stress, Eating Behavior and Obesity", *Nutrition*, 2007, Volume: 23, Issue: 11-12, 887-894.



ULAŞ Bircan, UNCU Fatoş ve ÜNER Sarp, "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler", *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, Sayı: 2, 15-22.

USTA Esra, SAĞLAM Elvan, ŞEN Sevim, AYGİN Dilek ve SERT Havva, "Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Tutumları ve Obsesif-Kompulsif Belirtileri", *HSP*, 2015, Cilt: 2, Sayı: 2, 187-197.

VANSANT Greet and HULENS Mieke, "The Assessment of Dietary Habits in Obese Women: Influence of Eating Behavior Patterns", *Eating Disorders*, 2006, Volume: 14, Issue: 2, 121-129.

VARDAR Erdal ve ERZENGİN Mücadele, "Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, Cilt: 22, Sayı: 4, 205-212.

## TEZLER

ABANOZ Zuhale, Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yeme Semptomları ile Yeme Semptomlarını Yordayan Obsesif Kompulsif Belirtilerin Araştırılması, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, 2008, (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

ALŞAN Zeynep Çakırlı, Anormal Yeme Tutum ve Davranışlarının Aile Ortamı, Özgüven ve Mükemmeliyetçilikle İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2005, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

ARNİK Meral Çelik, Bir Üniversite Kampüsündeki Öğrencilerin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2009, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

AYAR Koray, Normal Kilolu, Kilolu ve Obez Bireylerin Obezite ve Obezite İlişkili Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2009, (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

BOZOKLU Gülhan, Edirne Kent Nüfusunda Yeme Davranışı ve Etkileyen Faktörler, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2014, (**Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi**).

ÇÖMLEKÇİ Necmiye, Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (IEQOL-LITE). Türkçe Versiyonunun Psikometrik Değerlendirmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2011, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

DEVİRAN Betül Sarıdağ, Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2014 (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

DURGUN Ayla Gökmen, Bursa İlinde Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2012 (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

DURUKAN Pınar, Fiziksel Aktivite ve Psikososyal Faktörlerin Obezite Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, SSK Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2001, (**Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi**).

GÜZEL Serap, Tip 2 Diyabetli Bireylerin Yeme Tutum ve Davranışları ile Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2014, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

GÜZEY Müge, Kadınlarda Ağırlık Yönetiminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2014, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

HABEŞ Seher, Obezite Şikayetiyle Antakya Devlet Hastanesi'ne Başvuran Adölesanlarda Vücut Yağ Yüzdesinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi (VET) Anabilim Dalı, Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay, 2013, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

KAŞMER Nağme, Kadınlarda Yeme Stili ve İpucu Etkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Obezite Sorununda Maruz Bırakma ve Tepki Önlemeye Dayalı Psikoeğitim Programının Etkinliğinin Araştırılması (Pilot Çalışma), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2014, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

KAZMA Erinç, Üniversite Öğrencileri Arasında Obezite Prevalansı ve Oluşum Nedenlerinin Saptanması, Fen Bilimleri Enstitüsü Gıda Mühendisliği Bölümü, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, 2013, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

KONTBAY Esra, Yeme Tutum ve Davranışları ile Anne-Babaya Bağlanma ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler, Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, 2010, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

KÖSKENLİ Vezir, Obezite ve İnsülin Direnci, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Maltepe Üniversitesi, İstanbul, 2014, (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

MEMİ Gülsüm, Obezite ile İndüklenen Kardiyak Hemodinamik Değişimler Üzerine Egzersiz ve Obestanin Koruyucu Rolü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Anabilim Dalı, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2015 (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**).

MURATHAN Fatih, Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Fırat Üniversitesi, Elazığ, 2013, (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**).

OWENS Linka K., HUGHES Tonda L., OWENS-NICHOLSON Dawn, "The Effects of Sexual Orientation On Body Image and Attitudes About Eating and Weight", *Journal of Lesbian Studies*, 2003, Volume: 7, Issue: 1: 15-33.

ÖZGER İpek Ağaca, Fazla Kilolu ve Obez Bireylerde Duygu Değişiklikleri ve Yeme Eğilimi İlişkisinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, T.C. Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2012, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

SEVEN Hande, Yetişkinlerde Duygusal Yeme Davranışının Beslenme Durumuna Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2013, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

SOYSAL Yasemin, Aşırı Kilo ve Obezite Sorunu Yaşayan Bireylerde Egzersiz ve NLP Uygulamalarının Yeme Tutumlarına Etkisinin Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Öğretmenliği Anabilim Dalı, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2006, (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

YAĞBASAN Ahmet, Farklı Obezite Evrelerinde Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal ve Tiroid Hormon Akslarının Obezite Parametreleri ve İnsülin Direnci ile İlişkisinin Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2009 (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).


YILDIZ Ülkü, Üniversite Öğrencilerinde Obezite Oluşumunda İnternet Bağımlılığının Etkisinin Saptanması, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2014, (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**).

## **BİLDİRİLER**

ARIKAN Şükran, “Şükran Arıkan, “İnsanlarda Açlık ve Tokluk Hissinin Oluşumu”, *Ulusal KOP Kalkınma Sempozyumu*, 15 Kasım 2013 Sözlü Bildiri.

## **RAPORLAR**

OBESITY, Preventing and managing The Global Epidemic. Report of a WHO Conclutation on obesity. Geneva, 3-5 June 1997



T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

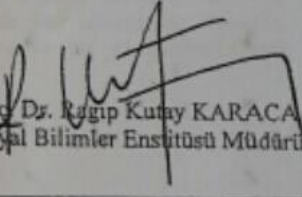
Sayı : 11566354-770-99-1440  
Konu: Anket Çalışması İzni Hk.

08/12/2014

**İLGİLİ MAKAMA**

Üniversitemiz 130603008 numaralı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programına kayıtlı Gülseren GÜNDÜZ ders dönemini tamamlamış olup, "Obezite Teşhisi Konmuş Bireylerin Obezite Dereceleri ile Yeme Tutumlarının İncelenmesi" konusu üzerine tez hazırlamaktadır. İş bu belge öğrencinin talebi üzerine düzenlenmiştir.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

  
Doç. Dr. Ragıp Kutay KARACA  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

*16/12/2014  
İzlenim / İzni*

Kocaeli Meslek Yüksekokulu Hastanesi  
GELİŞİM ENSTİTÜSÜ  
17.12.2014  
Sayı: 4429

E5 Yanyol No:259 Avcılar / İSTANBUL  
Tel: (0212) 422 06 70 Fax: (0212) 422 06 71  
[www.sbe.gelisim.edu.tr](http://www.sbe.gelisim.edu.tr) [sbe@gelisim.edu.tr](mailto:sbe@gelisim.edu.tr)



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ TÜRKİYE  
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - ÇEKMECE ÖZEL EKİMÖZÜKÜ VE  
GELİŞTİRME HİZMETLERİ BİRLİĞİ  
200700117140 - 7020446 / 01.07.2015  
01.07.2015

Sayı : 75231446/501.07.01  
Konu : Gülseren KAYA GÜNDÖZ'ün  
Anket Çalışması Hk.

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Gülseren KAYA GÜNDÖZ'ün "Obezite Teşhisi Konmuş Bireylerin Obezite Dereceleri ile Yeme Tutumlarının İncelenmesi" konulu anket çalışmasını İstanbul Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi'nde yapması hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket çalışmasına katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi ve yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür. Çalışma üniversite tarafından kabul edildikten sonra çalışmanın bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Murat HANÖZÜ  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZA  
ASLI İLE EŞDEĞER  
13.07.2015

İSTANBUL ÇEKMECE KAMU HASTANELERİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ  
Hacı Rıza Kızıman

Zafer Mah. Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna / İSTANBUL  
Hatice IŞIK Değerlendirme ve Geliştirme Birimi / 0 212 454 61 00 / 6409

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 918e11e4-33e0-44dd-abd8-b9ea7bd0d7e6 kodu ile erişebilirsiniz.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ DEVLET HASTANESİ  
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - ÇEKMECE İNŞAATLARI VE  
GELİTİRME İZMİR YOLU  
340900101 1342 1321446 / 501 07 01 / 1404  
001000010

Sayı : 75231446/501.07.01  
Konu : Gülseren KAYA GÜNDÜZ'ün  
Anket İzni Hk.

### İSTANBUL AVCILAR MURAT KÖLÜK DEVLET HASTANESİ

İlgi: 19/12/2014 tarihli ve 66251834/5040 sayılı yazınız.

İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Gülseren KAYA GÜNDÜZ'ün "Obezite Teşhisi Konmuş Bireylerin Obezite Dereceleri ile Yeme Tutumlarının İncelenmesi" konulu anket çalışmasını araştırmayı hastanemizde yapması, hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket çalışmasına katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi ve yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Çalışma üniversite tarafından kabul edildikten sonra çalışmanın bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Murat HANÖZÜ  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZA  
ASLI İLE AYNIYDUR  
13.1.07.2015

İSTANBUL ÇEKMECE BÖLGESİ  
GENEL SEKRETER  
Hacer KÜPELİ  
İzmiran

Zafer Mah. Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna / İSTANBUL  
Hatice IŞIK Değerlendirme ve Geliştirme Birimi / 0 212 454 61 00 / 6409

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Bu belgeyi elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden İBDSde37-8443-4f14-a698-a81af435c3a4 kodu ile erişebilirsiniz.

### Hasta Onam Formu

Bu çalışma, Dyt. Gülseren KAYA GÜNDÜZ tarafından, Kamu Hastaneler Birliği İstanbul Küçükçekmece Bölgesi Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi'nde muayene olup, diyet polikliniğine yönlendirilen kadın hastalar ile yürütülecektir. Çalışmanın amacı obezite derecesinin problemlili yeme davranışı ile ilgili bilgi toplamaktır. Çalışmaya katılmak tamamiyle gönüllülük temelinde olmalıdır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamimiyle gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilip, elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Anketimizde genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz soruları cevaplamadan, katılımdan vaz geçebilirsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamadığınızı söylemek yeterli olacaktır. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

***Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.*** (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

İsim Soyad

Tarih

İmza

----/----/-----

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ	Gülseren Kaya Gündüz/Diyetisyen	
ADRES	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	
TELEFON	05052939541	
MAİL ADRESİ	glsrnkygndz@gmail.com	
TARİH		

## ANKET FORMU

Anket no:

Adı Soyadı:

Tarih:

## I. TANIMLAYICI BİLGİLER

1. Telefon no:

2. Yaşınız? .....

3. Medeni durumunuz?

1-( ) Bekar

2-( ) Evli

3-( ) Dul/Boşanmış

4. Eğitim durumunuz?

1-( ) Okur yazar değil

2-( ) İlkokul

3-( ) Ortaokul

4-( ) Lise

5-( ) Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz? .....

6. Çalışma durumunuz?

1-( ) Çalışıyor

2-( ) Çalışmıyor

3-( ) Emekli

7. Haneye giren toplam geliriniz

1-( ) 500 TL altı

2-( ) 500 TL – 999 TL

3-( ) 1000 TL – 1499 TL

4-( ) 1500 TL – 1999 TL

5-( ) 2000 TL – 2499 TL

6-( ) 2500 TL – 2999 TL

7-( ) 3000 TL – 3499 TL

8-( ) 3500 TL – 3999 TL

9-( ) 4000 TL – 4499 TL

10-( ) 4500 TL ve üzeri

8. Ailede kaç kişisiniz? .....

9. Sürekli kullandığınız, doktor tarafından reçetelendirilmiş ilaç var mı?

1-( ) Evet

2-( ) Hayır

10. Cevabınız EVET ise hangi ilaçları kullanmaktasınız?

...../gün

...../gün

...../gün

11. Düzenli olarak vitamin, mineral desteği kullanıyor musunuz?

1-( ) Evet

2-( ) Hayır



12. Cevabınız EVET ise adını ve kullanım şeklini belirtiniz.

...../gün

...../gün

...../gün

13. Sigara içiyor musunuz?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

14. Cevabınız EVET ise, ne kadar süredir sigara içiyorsunuz? .....yıl

15. Cevabınız EVET ise, günde kaç adet sigara içiyorsunuz? ..... adet

16. Alkol tüketme alışkanlığınız var mı?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

17. Cevabınız EVET ise, ne miktarda, ne sıklıkla ve hangi tür alkolü tüketiyorsunuz?

Alkol çeşitleri	Miktar	Tüketim sıklığı
Bira		
Rakı, Votka, Cin, Viski		
Şarap		
Diğer		

18. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

19. Cevabınız EVET ise, türünü, sıklığını ve süresini belirtiniz.

..... dakika ..... gün/haftada

20. Uyku saatleriniz düzenli midir? (Hergün aynı saatte mi uyanıp kalkarsınız?)

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

21. Günde kaç saat uyursunuz?

1-( ) 4 Saatten az 2-( ) 4-6 Saat

3-( ) 7-8 Saat 4-( ) 9-10 Saat

5-( ) 11 Saatten fazla

22. Daha önce hiç zayıflamaya yönelik çabanız oldu mu?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

Cevabınız HAYIR ise 29. soruya geçiniz

23. Cevabınız EVET ise hangi yöntem-yöntemleri denediniz?

1-( ) Kendi kendime diyet

2-( ) Doktora başvurmak

3-( ) Diyetisyene başvurmak

4-( ) Spor yapmak

5-( ) Diğer .....

24. Daha önceki zayıflama yöntemlerinde başarılı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

25. İlk kez kaç yaşında zayıflama diyet yaptınız? .....

26. Diyet yaptığınız zamanlarda aileniz size destek olur mu?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

27. Ağırlığınızda artış olduğu zamanlarda akraba/arkadaş çevrenizle görüşmek sizi rahatsız eder mi?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

28. Genellikle duygusal durumunuzun beslenmeye etkisinin olduğunu düşünüyor musunuz?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

29. Duygu durumunuza göre iştah değişikliğinizi nasıl tanımlarsınız.

	İştahım artar	İştahım azalır	İştahım etkilenmez
Endişeli			
Öfkeli			
Sinirli			
Heyecanlı			
Mutlu			
Karamsar			
Sevinçli			

30. Ailede başka kilolu birey var mı?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

31. Ailede şişman birey varsa kimler?

1-( ) Anne 2-( ) Baba  
3-( ) Kardeş 4-( ) Çocuklar

32. Çocukluğunuzda sizce kilolu muydunuz?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

33. Çocukken çevreniz tarafından kilolu olduğunuz söylenir miydi?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

34. Ergenlikten itibaren şu ana kadar

En fazla ağırlığınız .....

En az ağırlığınız .....

	Başlangıç	Obezite derecesi	
Vücut ağırlığı (kg)		BKİ 26-29,9 Grade 1	
Boy uzunluğu (cm)		BKİ 30-34,9 Grade 2	
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )		BKİ 35-39,9 Grade 3	
Bel çevresi (cm)		BKİ ≥40 ve üzeri Grade 4	
Kalça çevresi (cm)			
Bel/kalça			

35. İlk öğünü güne başladıktan kaç saat sonra yersiniz? .....

36. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

Ana öğün: ....., Ara öğün: .....

37. Öğün atlar mısınız?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

38. Cevabınız EVET ise sıklıkla hangi öğün veya öğünleri atlıyorsunuz?  
(Birden fazla seçeneği seçebilirsiniz)

1-( ) Sabah 2-( ) Kuşluk

3-( ) Öğle 4-( ) İkinci

5-( ) Akşam 6-( ) Gece

39. Eğer ana öğün atlıyorsanız nedeni nedir?

1-( ) Zayıflamak için

2-( ) Canım istemediği için

3-( ) Unuttuğum için

4-( ) Zaman yetersizliğinden

5-( ) Üşendiğim için

6-( ) Diğer .....

40. Yemek yeme hızınız size göre nasıldır?

1-( ) Yavaş 2-( ) Orta

3-( ) Hızlı 4-( ) Çok hızlı

41. Kahvaltınızı genellikle nerede yaparsınız?

1-( ) Evde 2-( ) İş yerinde

3-( ) Lokantada 4-( ) Diğer .....

42. Öğle yemeğinizi genellikle nerede yersiniz?

1-( ) Evde 2-( ) İş yerinde

3-( ) Lokantada 4-( ) Diğer .....

43. Akşam yemeğinizi genellikle nerede yersiniz?

1-( ) Evde 2-( ) İş yerinde

3-( ) Lokantada 4-( ) Diğer .....

44. Gece uykudan uyanıp bir şeyler yer misiniz?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

45. Günde ne kadar su tüketiyorsunuz? ..... Bardak/litre

46. Çay içer misiniz?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

47. Cevabınız EVET ise kaç bardak çay içersiniz? .....Bardak – Şekerli/Şekersiz

48. Kahve içer misiniz?

1-( ) Evet 2-( ) Hayır

49. Cevabınız EVET ise kaç fincan kahve içersiniz? ....Fincan – Şekerli/Şekersi

## YEME DAVRANIŞI ANKETİ (DEBQ)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?					
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13. Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					

23. Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkin olduğunda yemek ister misiniz?					
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25.Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26.Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?					
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33. Yemek hazırlanırken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					

## ÖZGEÇMİŞ

Ben Gülseren Kaya Gündüz 1969 Sivas doğumlu olup, 1972-1992 tarihleri arasında Ankara 'da yaşadım. 1986 Ankara Abidinpaşa Lisesi mezunuyum.1986-1990 Yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünde lisans eğitimini tamamlayarak Diyetisyen unvanı ile mezun oldum. 1991 'de özel bir yemek üretim merkezinde iş hayatına başladım.1993-1995 yılları arasında İç İşleri Bakanlığı'na bağlı bir kuruluşun, sağlık merkezinde devlet memuru olarak iş hayatıma devam ettim.1995-1996 ' da Dicle Üniversitesi Hastanesi' de klinisyen diyetisyen olarak çalıştım.1996-2010 yılları arasında İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde mutfak ve yemekhane hizmetlerinde yönetici diyetisyen, klinisyen ve poliklinikçi diyetisyen olarak çalıştım.2011'den itibaren İstanbul Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi'nde yönetici , klinisyen ve poliklinikçi diyetisyen olarak çalışmaya devam etmekteyim. Evliyim ve 1 kız çocuğu annesiyim.

Üye Olduğu Dernekler:Türkiye Diyetisyenler Derneği, Türkiye Obezite Araştırma Derneği

Mail Adresi :glsrnkygndz@gmail.com