

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**DÜŞÜK KALORİLİ DİYET TEDAVİSİ UYGULANAN
HAFİF ŞİŞMAN/ŞİŞMAN BİREYLERİN DEPRESYON
DERECESİ VE YEME DAVRANIŞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

KEVSER KARTAL

**Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GAZİANTEP
2019**

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DÜŞÜK KALORİLİ DİYET TEDAVİSİ UYGULANAN HAFİF
ŞİŞMAN/ŞİŞMAN BİREYLERİN DEPRESYON DERECESİ VE
YEME DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Kevser KARTAL

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nın Yüksek Lisans
Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üye. Ayşe ÜNLÜ

GAZİANTEP
2019



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Kevser KARTAL KAHVECİ** tarafından hazırlanan “**Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi**” başlıklı tez, 22.07.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Ünlü

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Beslenme ve Diyetetik Bölümü

A. Ünlü

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Gülgün ERSOY

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Beslenme ve Diyetetik Bölümü

G. ERSOY

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Ayla Gülden PEKCAN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Beslenme ve Diyetetik Bölümü

A. Gülden PEKCAN

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

A. YAVA
Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda yardım eden, bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren ve bütün bunları sonsuz bir sabır ve içtenlikle gerçekleştiren tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üye. Ayşe ÜNLÜ' ye,

Katıldığım her derste sorduğum tüm sorulara bıkmadan cevap veren, adım adım tezimin kafamda şekillenmesini sağlayan, kendisinden aldığım fikirlerle ilerlediğim bu yolda değerli hocam Prof. Dr. Yavuz YAKUT'a,

Hayatımın her anında yerinde saymamayı, kendini geliştirmeyi bana aşıl原因, yüksek lisans yapma kararımı destekleyen, tezimi gerçekleştirebilmemde en az benim kadar emeği olan, başından sonuna kadar bu serüvende beni yalnız bırakmayan ve her zaman en büyük destekçim canım annem Berin YÖNDER'e,

Tam vazgeçecekken yüksek lisans yapmam konusunda beni ikna eden ve destekleyen sevgili eşim Ahmet KARTAL'a,

Bu hayatta başıma gelen en güzel şey olan biricik kızım EYLÜL'üme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

ÖZET

Kevser KARTAL, Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi Ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep, 2019. Bu çalışmanın amacı hafif şişman ve şişman bireylerde diyet tedavisinin depresyon derecesi ve yeme davranışına etkisini araştırmaktır. Araştırma Haziran 2018-Ekim 2018 Tarihlerinde Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran 18-50 yaş aralığında %55,1'i kadın %44,9'u erkek olmak üzere toplam 127 gönüllü bireyde yapılmıştır. Bireyler beden kütle indeksine (BKİ) göre normal, hafif şişman ve şişman olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Üç gruba da ön test olarak Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ölçekleri yapılmıştır. Sonrasında hafif şişman ve şişman bireylere diyet tedavisi başlanmıştır. Ortalama 28 günün sonunda hafif şişman ve şişman bireylere son test olarak yine BDÖ ve DEBQ ölçekleri yapılmıştır. Normal, hafif şişman ve şişman bireylerin BDÖ testi puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=,001$). Hafif şişman ve şişman bireylerin BDÖ ön test ve son test puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=,000$). Normal, hafif şişman ve şişman bireylerin duygusal yeme puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=,002$). Cinsiyete göre duygusal yeme puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş olup kadınların erkeklere göre duygusal yeme puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=,002$). Yaş arttıkça duygusal yeme puanı ($r=-,363$ $p=,000$) ve dışsal yeme puanı azalmaktadır ($r=-,371$ $p=,000$). Bireylerde BDÖ puanı yükseldikçe duygusal yeme puanının artmakta olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,271$ $p=,002$). Sonuç olarak bireylerde BKİ yükseldikçe BDÖ puanı ve duygusal yeme puanı artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,404$ $p=,000$, $r=,309$ $p=,000$).

Anahtar Kelimeler: Beden kütle indeksi, obezite, diyet tedavisi, depresyon derecesi, yeme davranışı

ABSTRACT

Keyser KARTAL, Overweight/Obese People Who Have Applied to A Low-Calorie Diet An Evaluation of the Degree of Depression and Eating Behaviour, Hasan Kalyoncu University, Institute Of Health Science, Nutrition And Dietetics Postgraduate Thesis. Gaziantep, 2019. The aim of this study is to investigate effect of the diet treatment on the degree of depression and eating behavior in overweight/obese people who applied to a low-calorie diet. This study was conducted on 18-50 age group adults, %55.1 total of 127 participants were females and %44,9 total of 127 the participants were males who voluntarily presented, applied to diet treatment in the Nutrition and Diet Service in Gaziantep 25 December Public Hospital between June 2018- October 2018. The participants were divided three groups as normal, overweight and obese according to their body mass index (BMI). BDI (Beck Depression Inventory) and DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) tools was applied as pre-test each groups. Then, overweight/obese participants were began the diet treatment. After 28 days, BDI and DEBQ tools was applied again as final test in overweight/ obese groups. The difference between normal, overweight and obese participants and BDI test results were found to be statistically significant ($p=,001$). The difference between the gender and emotional eating test scores were found to be statistically significant and women emotional eating scores higher than man ($p=,002$). As age increases emotional eating scores ($r=-,363$ $p=,000$) and as age increases external eating scores decreases ($r=-,371$ $p=,000$). As BDI score increases emotional eating score increases. The difference between BDI scores and emotional eating scores were found to be statistically significant ($r=,271$ $p=,002$). Consequently there was statistically significant relationship between as the BMI increases, BDI scores and emotional eating scores increases ($p<0,01$).

Keywords: Body mass index, obesity, diet treatment, the degree of depression, eating behavior

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR i

ÖZET..... ii

ABSTRACT iii

İÇİNDEKİLER iv

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI..... iv

TABLolar vii

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ viii

1. GİRİŞ 1

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı 1

1.2. Araştırmanın Amacı 1

1.3. Araştırmanın Hipotezleri..... 1

1.4. Sınırlılıklar 2

2. GENEL BİLGİLER..... 3

2.1. Obezite 3

2.1.1. Obezitenin Saptanması..... 3

2.1.2. Obezite Görülme Nedenleri ve Risk Faktörleri 3

2.1.3. Obezitenin Sebep Olduğu Rahatsızlıklar 5

2.1.4. Obezitenin Tedavisi 7

2.1.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi 7

2.1.4.2. Egzersiz Tedavisi 7

2.1.4.3. Davranış Değişikliği Tedavisi..... 8

2.1.4.4. İlaç Tedavisi..... 8

2.1.4.5. Cerrahi Tedavi 9

2.2. Obezite ve Psikoloji 9

2.2.1. Obezite ve Depresyon	9
2.3. Obezite ve Yeme Davranışı Bozukluğu	10
2.3.1. Anoreksiya Nervoza.....	10
2.3.2. Bulimia Nervoza	13
2.3.3. Pika	16
2.3.4. Ruminasyon Bozukluğu (Geri Çıkarma)	17
2.3.5. Kaçınan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu	18
2.3.6. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Sendrom).....	20
2.3.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ya da Yeme Bozuklukları.....	21
2.3.7.1. Atipik Anoreksiya Nervoza	22
2.3.7.2. Bulimia Nervoza (Düşük Sıklıkta ve/veya Sınırlı Sürede).....	22
2.3.7.3. Tıkanırcasına Yeme Rahatsızlığı (Düşük Sıklıkta ve/veya Sınırlı Sürede)	22
2.3.7.4. Purging (Temizleme, Arınma) Rahatsızlığı	22
2.3.7.5. Gece Yeme Sendromu	22
2.3.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	23
3. BİREYLER VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	23
3.2. Araştırmanın Etik Kurul Yönü.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Gereçleri.....	24
3.4.1. Kişisel Özellikler	24
3.4.2. Antropometrik Ölçümler.....	24
3.4.3. Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri.....	25
3.4.3.1. DEBQ (Hollanda Yeme Davranışı Anketi) Yeme Davranışı Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Puanlaması	25

3.4.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Analizi	
Puanlaması	26
3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	26
4.BULGULAR.....	28
4.1. Demografik Özellikler	28
4.2. Bireylerin Depresyon Derecesine İlişkin Analiz Sonuçları	35
4.3. Yeme Davranışı Durumunun Değerlendirilmesi	43
5. TARTIŞMA.....	53
5.1. Bireylerin Genel Özellikleri.....	53
5.2. BDÖ ve DEBQ Ölçeklerini Etkileyen Etmenler.....	54
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
6.1. Sonuçlar	63
6.2. Öneriler	70
7. KAYNAKLAR	71
EKLER.....	79
EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	79
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu	80
Ek 3. Etik Kurul Kararı	81
Ek 4. Kurum İzni.....	83
Ek 5. Veri Toplama Formları	84
Ek 6. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu.....	91
Ek 7. İntihal Raporu	92
Ek 8. Kısa Özgeçmiş.....	93

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 22/07/2019

Kevser KARTAL



TABLULAR

Tablolar	Sayfa
Tablo 2.1. Obezite ile ilgili genetik sendromlar	4
Tablo 2.2. Obeziteye eşlik eden rahatsızlıklar ve obezitenin komplikasyonları	6
Tablo 2.3. Obezitede ilaç tedavisi endikasyonları	8
Tablo 2.4. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Zayıflık Sınıflandırması	11
Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre BKİ sınıflandırması	25
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	29
Tablo 4.1.1. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Ortalamaları (\bar{x}), Standart Sapma(S), Alt-Üst Değer	32
Tablo 4.1.2. Hafif Şıman/Şışman Bireylerin İlk ve Son Antropometrik Ölçümler Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi	34
Tablo 4.2.1. Bireylerin BDÖ Puan Ortalaması (\bar{x}) Ve Depresyon Aralığına Göre Değerlendirilmesi	35
Tablo 4.2.2. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre BDÖ Kesme Puan Dağılımları	40
Tablo 4.2.3. Hafif Şışman/Şışman Bireylerin BDÖ On Test ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılık	42
Tablo 4.3.1. Demografik Özelliklere Göre DEBQ ve BDÖ Puanı Değerlendirmesi	47
Tablo 4.3.2. Hafif Şışman/Şışman Bireylerin DEBQ Ön Test Ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılık	50
Tablo 4.3.3. Bireylerin BKİ ve Yaşa Göre BDÖ ve DEBQ Puanları Arasındaki İlişki	51
Tablo 4.3.4. BKİ Gruplarına Göre BDÖ ve DEBQ Puanları Arasındaki İlişki	52

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ	:Beck Depression Inventory (Beck Depresyon Ölçeği)
BKİ	:Beden Kütle İndeksi
DEBQ	: Dutch Eating Behaviour Questionnaire (Hollanda Yeme Davranışı Anketi)
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
FSH	:Folikül Stimülasyon Hormonu
HT	:Hipertansiyon
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması)
KVH	:Kardiyovasküler Hastalıklar
LH	:Lüteinizan Hormon
MONICA	: Multinational Monitoring of Predictors and Trends in Cardiovascular Disease (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi)
T3	:Triiyodotironin

T4	:Tiroksin
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
T3	:Triiyodotironin
T4	:Tiroksin
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistikî Paket)
n	:Sayı
\bar{x}	: Ortalama
(χ^2)	: Ki-Kare
SS	: Standart Sapma

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Obezite, başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir sağlık problemidir (1).

Günümüzde obezite, psikosomatik bir bozukluk, başka bir anlatımla psikolojik faktörlerin neden olduğu bir hastalık olarak da kabul edilmektedir (2). Ruh ve beden birbirleriyle iç içe olduğu için ruhsal durumdaki değişimler, doğal olarak bedensel işlevleri de etkilemektedir. Bireyde ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı bir etkileşim bulunduğu ve yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği kabul edilmektedir (3). Ayrıca yapılan epidemiyolojik araştırmalar, yeme bozukluklarının yaygınlığının giderek arttığı yönünde sonu çar vermektedir (4).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı düşük kalorili diyet tedavisi uygulanan hafif şişman/şişman bireylerin depresyon derecesi ve yeme davranışının değerlendirilmesidir. Obezitenin derecesi, cinsiyet farklılıkları ve yaş kriterleri depresyon ve yeme davranışı bozukluğunu etkileyebilecek önemli parametrelerdir. Obez bireylerde görülen depresyon ve yeme davranışı bozukluğu arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi obezite tedavisinde büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın verileri bireylere uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ- Beck Depression Inventory) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ-Dutch Eating Behavior Questionnaire) ölçeklerine verilen cevaplar ile katılımcıların BKİ değeri ile cinsiyet ve yaş kriterleri kıyaslanarak elde edilmiştir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- Obezite depresyona sebep olur.
- Sağlıklı, hafif şişman ve obez bireylerden elde edilen BDÖ puanları farklıdır.
- BKİ arttıkça BDÖ puanı yükselmektedir.
- Cinsiyete göre bireylerin BDÖ puanı değişmektedir.

- Obezite yeme davranışı bozukluğuna sebep olur.
- Cinsiyete göre bireylerin DEBQ puanları değişmektedir.
- Sağlıklı, hafif şişman ve obez bireylerden elde edilen DEBQ puanları farklıdır.

1.4. Sınırlılıklar

Bu çalışmada uygulanan diyet tedavisi ortalama 28 gündür. Bireylerin belirtilen tarihte kontrollerine gelememesine bağlı olarak bu süre bazılarında 21 gün bazılarında ise 35 gün olmuştur. Bazı bireylerin ise katılım sresinde problem yaşanmamış tam olarak 28 gün takip edilmiştir.

Kadınların erkeklere kıyasla diyet tedavisine katılımı daha iyi görülmektedir. Kadınların sağlık algısının daha yüksek olması onları diyet tedavisinde daha başarılı kılmıştır. Erkeklerin iş hayatında daha aktif olması sebebiyle kontrollerini geciktirdiği veya aksattığı gözlemlenmiştir.

Bulunulan coğrafyada yaşayanların yeme kültürü diyete uyumu zorlaştıran en önemli faktördür. Beslenme alışkanlıklarının değişimi ise uzun zaman alacağı için bu çalışma daha uzun kontrol sürelerinde gerçekleştirilmelidir. Bu çalışmadaki önemli bir kısıtlılık diyet tedavisi sresinin 4 hafta gibi kısa bir süre olmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Obezite sağlığa zarar verebilecek boyutlarda vücutta anormal ve aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Obezitenin temel sebebi vücuda alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Yetişkin bireyler BKİ' sine göre 25-29,9 kg/m² hafif şişman, 30 ve üzeri kg/m² şişman olarak sınıflandırılır. BKİ 30-34,9 kg/m² arası 1. derece obez, BKİ 35-39,9 kg/m² arası 2. derece obez ve BKİ >40 kg/m² 3. derece obez olarak tanımlanmaktadır (5).

Dünyada obezite görülme sıklığı giderek artmakta ve küresel bir sağlık problemi haline gelmektedir. WHO tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl boyunca sürdürülen MONICA çalışmasında obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış olduğu görülmektedir. WHO 2014 verilerinde dünyada 18 yaş üstü yetişkin popülasyonunun %39'u hafif şişman, %14'ü şişman BKİ grubundadır (6).

2.1.1. Obezitenin Saptanması

Obezite teşhisinde kullanılan en yaygın metot bireyin kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile elde edilen beden kütle indeksidir. Klinik uygulamalarda basit olduğu için daha çok tercih edilmektedir (7).

Vücut yağ ağırlığı ve oranının değerlendirilmesinde en etkili yöntemlerden birisi biyoelektrik impedans analizi (BİA) yöntemidir (8). Bu yöntem yağ ve su dokusunun farklı elektrik iletkenliği özelliğine dayanarak vücuda az miktarda elektrik akımı verilmesi esasına dayanmaktadır (9). Vücut kompozisyonunun değerlendirilmesinde bireylerin hidrasyon durumu önemlidir (10). Ödem durumunda vücut yağ oranı daha düşük çıkacağı göz önünde bulundurulmalıdır (11).

2.1.2. Obezite Görülme Nedenleri ve Risk Faktörleri

Obezitenin başlıca sebebi aşırı ve dengesiz beslenmedir. Öğünlerde protein, karbonhidrat ve yağ miktarının dengeli dağılması gerekmektedir. Karbonhidrat

ağırlıklı beslenme veya yağlı yiyeceklerin aşırı tüketilmesi obeziteye sebep olmaktadır (7).

Sedanter yaşam şekli obeziteye sebep olabilmektedir. Fiziksel aktivitenin azalması vücuda alınan fazla besin kaynaklarının yakılamayıp yağ olarak depolanmasına sebep olmaktadır (7).

Bireylerin sahip oldukları bir takım rahatsızlıklar obeziteye sebep olmaktadır. Bunlar tip 2 diabet, PCOS (Polikistik Over Sendromu), hipotiroidi, Cushing Sendromu, hipogonadizm, büyüme hormonu yetersizliğidir (7).

Sahip olunan gen haritası obezite üzerine etkilidir (12). Bazı genler ve kromozomal anormallikler obeziteye sebep olabilmekte veya çevresel faktörlerin bu genleri etkilemesiyle obezite görülebilmektedir. Tablo 2.1' de obezite ile ilgili genetik sendromlar gösterilmiştir (13).

Tablo 2.1. Obezite ile ilgili genetik sendromlar

Prader-Willi
Barder-Biedl
Laurence-Moon
Biernacki sendromu II
Alstrom
Schinzel
Stein-Leventhal
Karbonhidrat eksikliği olan glikoprotein sendromu Tip I
Cohen
Kısa boylu obezite
Albright herediter osteodistrofi
Borjeson
Saf Sertoli hücreli germlinal hücre aplazisi sendromu
Jinekoma ve obesite ile seyreden mental retardasyon, X-linked, Simpson dismorfisi

Çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar (antidepresanlar, antidiyabetik ajanlar, antiepileptikler ve steroid hormon tedavisi vb.) obeziteye sebep olabilmektedir (7).

Obezitenin psikolojik nedenlerden dolayı gelişmesi ihmal edilmemesi gereken önemli bir durumdur. Stres, travma, üzüntü, depresyon veya bir yakının kaybı iştahın artmasına böylece obezitenin görülmesine sebep olabilmektedir (12).

Obezite için bazı risk faktörleri; yaş, cinsiyet, sigarayı bırakma, alkol kullanımı, sedanter yaşam şekli, evlilik, doğum sayısı, hatalı beslenme şekli (fast

food tarzı gıdalar, boş enerji kaynağı içecekler ve yüksek yağ içerikli yiyecekler vb.), sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durum, obez çevredir (14).

2.1.3. Obezitenin Sebep Olduğu Rahatsızlıklar

Abdominal obezite başta kardiyovasküler rahatsızlıklar, tip 2 Diyabet, hipertansiyon olmak üzere bir çok komplikasyona sebep olmaktadır. BKİ arttıkça tip 2 Diyabet gelişme riskinin yükseldiği görülmektedir. BKİ<22 kg/m² olanlarda diabet riski düşük bulunmuştur. BKİ 35 kg/m² ve üzerine çıktığında diabet riski 40 kat artmaktadır (15).

Tablo 2.2’de obeziteye eşlik eden rahatsızlıklar ve obezitenin komplikasyonları gösterilmektedir (13).

Tablo 2.2. Obeziteye eşlik eden rahatsızlıklar ve obezitenin komplikasyonları

Kardiyovasküler sistem	Koroner kalp hastalığı Hipertansiyon ve inme Derin ven trombozu
Solunum sistemi	Primer alveoler hipoventilasyon Obstrüktif uyku apnesi Dispne
Metabolik- endokrin	Tip 2 diabetes mellitus Dislipidemi Insulin direnci Polikistik over sendromu
Gastrointestinal sistem	Hiatus hernisi ve reflü hastalığı Nonalkolik yağlı karaciğer Safra taşları Kolorektal kanser Hemoroid
Nörolojik	Sinir sıkışmaları Siyatalji
Artropatiler	Osteoartrit Düztabanlık
Genitoüriner	Stress inkontinansı Cinsel ilişkide mekanik güçlük Gebelik komplikasyonları Üriner taşlar
Meme ile ilgili	Meme kanseri Jinekomasti
Psikolojik	Kendinden memnuniyetsizlik Depresyon Anksiyete İş bulma güçlüğü
Diğer	Yüksek hayat sigortası primleri Ameliyat riskinde artış

Horlama

Kronik iltihabi reaksiyon (CRP yüksekliği)

45-54 yaş arası yaklaşık 100.000 kadın ve 25.000 erkek birey arasında yapılan bir çalışmada BKİ>29 kg/m² olanlarda kardiyovasküler mortalitenin 2 kat, BKİ>32 kg/m² olanlarda ise 4 kat arttığı bildirilmiştir (16). Başka bir çalışmada BKİ>30 kg/m² olduğunda kardiyovasküler, kanser ve diğer ölüm oranlarında artış görüldüğü bildirilmiştir (17). Başka bir araştırmada %10 vücut ağırlığı kaybı mortalitede %50 azalma meydana getirdiği belirlenmiştir (18).

2.1.4. Obezitenin Tedavisi

Obezite tedavisinin temel amacı kilo kaybı ile birlikte obezitenin yol açabileceği rahatsızlıklar ve mortaliteyi önleme, bireylere yeterli ve dengeli beslenme prensiplerini öğretebilmek ve daha kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlamaktır (19). 6 aylık bir sürede gerçekleşen %10 ağırlık kaybı bile obezite nedenli sağlık problemlerinin önlenmesinde büyük yarar sağlamaktadır (20).

2.1.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Diyet tedavisinin temel amacı sürdürülebilirliği ve uygulanabilirliği yüksek bireye özđü tıbbi beslenme programı hazırlamaktır. Vücut ağırlığını ideal ağırlık aralığına getirmek hedefdir. Ağırlık kaybı sağlandıktan sonra tekrar kilo alımı önlenmeli ve erişilen vücut ağırlığı korunmalıdır (19).

2.1.4.2. Egzersiz Tedavisi

Düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerde obezite merkezli mortalite ve morbiditede azalma meydana gelmektedir (21). Bireylerin tıbbi beslenme tedavisi egzersiz tedavisi ile desteklendiğinde hem zayıflamaya yardımcı olmakta hem de tekrar kilo kazanımını önlemektedir (22-23). Bireyin yaşı, vücut ağırlığı, fiziksel çevresi, eşlik eden hastalıklar ve ekonomik durumu gibi kriterler göz önünde bulundurularak fiziksel aktivite programı hazırlanmalıdır (24).

Alpözgen ve ark. (25) derlemesinde; bireylere günde en az yarım saat, orta şiddette ve haftada yaklaşık 150 dakika olacak şekilde fiziksel aktivite yapmalarını tavsiye etmektedir.

2.1.4.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Bireylerin obeziteye sebep olabilecek hatalı alışkanlıklardan vazgeçerek yerine doğru alışkanlıklar elde edebilmesi için davranış değişikliği tedavisi uygulanması gerekmektedir. Davranış değişikliği tedavisi ile bireylerde haftada 0,5-1 kg ağırlık kaybı görülmekte ve tedavi bittikten sonrada bireylerin %25'i hala ağırlık kaybetmeye devam etmektedir (26).

Davranış değişikliği tedavi planı genellikle kendi kendini gözleme, uyarın kontrolü, hedef belirleme, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme- kendi kendini ödüllendirme, stres kontrolü, kognitif yapılanma- sosyal destek gibi yöntemlerin tümü veya bir kısmından oluşmaktadır (27-30).

Tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz tedavisinin yanı sıra davranış değişikliği tedavisi ağırlık kaybını sağlama ve kaybedilen ağırlığın korunmasına yönelik başarı oranını yükseltmektedir (31).

2.1.4.4. İlaç Tedavisi

Obezite tedavisi için kullanılan ilaçlar hiçbir zaman birincil tedavi değil, tamamlayıcı bir tedavidir (15). Tablo 2.3' te ilaç tedavisi endikasyonları verilmiştir.

Tablo 2.3. Obezitede ilaç tedavisi endikasyonları

-
- BKİ >30 kg/m² olup diyet, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisi uygulanmasına rağmen başarılı olamayan bireyler
 - BKİ 27-29,9 kg/m² olup komorbiditeleri (tip 2 Diabet, koroner arter hastalığı, serebrovasküler rahatsızlıklar, hipertansiyon, dislipidemi) olan bireyler
 - BKİ 25-29,9 kg/m² olup bel çevresi erkeklerde >102 cm, kadınlarda ise >88 cm olanlar
-

Obezite tedavisinde kullanılacak ilacın özellikleri;

- Dozla ilişkili ağırlık kaybı sağlamalı,
- Ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlamalı,
- Güvenilir olmalı,
- Tolerans geliştirmemeli ve bağımlılık yapmamalıdır.

Ne yazık ki günümüzde böyle bir obezite ilacı bulunmamaktadır (32).

2.1.4.5. Cerrahi Tedavi

Beden kütle indeksi (BKİ) 40 kg/m²'in üzerinde olan veya 35 kg/m²'in üzerinde olup obeziteyle alakalı hastalığı bulunanlarda bir diğer tedavi yöntemi bariatrik cerrahi girişimleridir (33-34). Bariatrik cerrahi türleri mide hacmini küçülterek kalori alımını sınırlandıran kısıtlayıcı (restriktif) ve ince bağırsağın uzunluğunu kısaltarak emilimi azaltan malabsorbantif girişimler olmak üzere ikiye ayrılır. Kısıtlayıcı girişimler gastric bantlama ve vertikal bantlama gastroplastisidir. Malabsorbantif girişimlere ise duodenal switch ve biliopankreatik diversiyondur. Bazı girişimler hem kısıtlayıcı hem de malabsorbantif girişimlerdir. Buna örnek olarak Roux-en-Y gastric by-pass verilebilir (35).

2.2. Obezite ve Psikoloji

Toplum sağlığı açısından büyük sorun olan obezite bazı araştırmacılara göre aynı zamanda psikosomatik bir rahatsızlıktır (36). İlk yapılan çalışmalar obez bireylerde hafif-orta derece depresyonun ve kişilik bozukluklarının sık görüldüğünü göstermektedir (37). Son yapılan bir çalışmada ise obez bireylerde kontrol gruplarına göre duygu durumu, anksiyete, somatoform ve yeme bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (38).

2.2.1. Obezite ve Depresyon

Psikoanalitik teorilere göre emme ve çiğneme gibi oral etkinlikler yaşamın ilk yıllarında sevgi, güven ve doyum anlamına gelmektedir. Eğer birey oral döneminde sapsanıp kalmışsa ileriki yıllarda oral etkinlik yemek yiyerek sağlanmaktadır. Birey üzüntü, öfke gibi bir takım olumsuz duygulara yemek yiyerek karşılık vermektedir. Bu bireylerde aşırı yeme eylemi depresyon ve anksiyete ile kötü uyumlu baş etme tepkisidir (39).

Obez bireylerin toplum tarafından farklı algılanması benlik saygısı ve kendilerine olan güvenin azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle obez bireylerin depresyona olan eğilimleri daha yüksek olabilmektedir (40).

Obez bireylerde sosyal kaçınma sıklıkla karşılaşılan bir durum olarak rapor edilmektedir. Sosyal ortamlardan kaçınma davranışı depresyon ve diğer rahatsızlıkların gelişmesine katkıda bulunabilmektedir (41).

Özgür ve ark. (42) yapmış olduğu bir çalışmada obezitenin yaşam kalitesini azalttığı ve depresif belirti düzeyini artırdığı gösterilmiştir.

2.3. Obezite ve Yeme Davranışı Bozukluğu

Yeme davranışı yaşanan toplumun kültürel özellikleriyle biçimlenmektedir. Yaşam koşullarına göre yetersiz ve dengesiz beslenme, zaman darlığı nedeniyle hızlı yeme veya öğün atlama gibi bir takım yanlış beslenme davranışları yeme davranışını olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz alışkanlıklar yeme davranışı bozukluklarına yol açabilmektedir (43).

Özellikle gençler ve kadınlar arasında giderek artan ve daha sık görülmeye başlanılan yeme bozuklukları DSÖ'üne göre dikkat edilmesi gereken 'önemli tıbbi durum' olarak tanımlanmaktadır (44,45). Yeme bozuklukları cinsiyet dağılımı açısından farklılık göstermekle birlikte kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (46).

Yeme bozuklukları 'Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-DSM' (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ölçütleri ile değerlendirilmektedir. DSM-5 kriterlerine göre yeme davranışı bozuklukları 8 alt birime ayrılmaktadır. Bunlar pika, ruminasyon bozukluğu (geri çıkarma), kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkanırmasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu ve tanımlanmamış bir beslenme ve yeme bozukluğudur (50). Yeme davranışı bozukluklarında bedensel belirtiler ön planda gibi görünse de ciddi ruhsal kaynaklı hastalıklardır (47).

2.3.1. Anoreksiya Nervoza

Gull ve Laseque tarafından 1873 yılında tanımlanan anoreksiya nervoza daha çok ergenlik dönemindeki genç kızlarda görülmektedir (48). Tıp literatüründeki anlamı 'sinirsel iştahsızlık' olarak geçmektedir (49). Lakin iştahsızlık yanlış bir terimdir ve bu hastaların çoğunda iştah kaybı görülmemektedir (50).

Anoreksiya nervoza tanısı konulan bireyin temel özelliği minimum vücut ağırlığında olması, kilo almaktan korkması ve vücut şekli veya büyüklüğünün algılanmasında problem yaşamasıdır (50,57).

Anoreksiya nervozalı bireylerin bir kısmı kendisini aşırı kilolu hissetmektedir. Diğerleri ise zayıf olduklarının farkındadır fakat vücutlarının özellikle karın, kalça ve uyluk bölgelerinin aşırı yağlanacağı hakkındaki endişesi devam etmektedir (50,57).

ICD-10 "Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması" kriterlerine göre BKİ 17,5 ve altı zayıflık olarak tanımlanmaktadır (50). Dünya Sağlık Örgütü ise yetişkinler için zayıflığı aşağıdaki aralıklarla tanımlamaktadır (57).

Tablo 2.4. DSÖ'ye Göre Zayıflık Sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m²)
Zayıflık	18,5-17
Hafif zayıflık	>17
Orta zayıflık	16-16.99
Şiddetli zayıflık	15-15.99
Aşırı zayıflık	< 15

*WHO, Global database on body mass index,2010

Çoğunlukla vücut ağırlığındaki azalma besin alımının reddi ile gerçekleşmektedir. Bireyler günlük beslenmelerinden yüksek kalorili gıdaları çıkarmaya başlamakta ve sadece birkaç gıda ile sınırlı kısıtlanmış bir diyet ortaya çıkmaktadır. Ek olarak kilo kaybını sağlamaya yönelik; kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanma, aşırı egzersiz yapma gibi yöntemler kullanılmaktadır (50).

Bu rahatsızlığı sahip olan bireyler aşırı şekilde kilo almaktan ve bu kiloların yağ haline gelmesinden korkmaktadırlar. Aslında kilo kaybı devam etmesine rağmen kilo alma hakkındaki endişe artmaktadır (50).

Ayrıca anoreksiya nervoza tanısı konulan kadınlarda amenore (hipofizden FSH ve LH üretiminin azalması nedeniyle oluşan düşük seviyedeki östrojen üretimi yüzünden) görülmektedir. Amenore genellikle kilo kaybının bir sonucu olmakla birlikte azınlıktaki birkaç bireyde prepubertel dönemde herhangi bir hastalık tarafından da adet görme gecikebilmektedir (50,57).

Anoreksiya nervozalı kadınlar düşük östrojen seviyesi, erkekler ise düşük serum testesteron seviyesi görülmektedir. T4 seviyeleri genellikle düşük aralıktadır, T3 seviyesi ise depoların artması sebebiyle yükselmiştir (57).

Bu bireylerde sıklıkla lökopeni görülmektedir. Orta derece anemi, trombositopeni ve kanama problemleri ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca bu bireylerde görülen dehidratasyonun kan üre-nitrojen seviyesindeki yükselmeden dolayı oluştuğu düşünülmektedir. Hiperkolesterolemi yaygındır. Hepatik enzimlerde yükselmeler görülebilmektedir. Hipomagnezemi, hipozincemia, hipofosfatemi ve hiperamilazemi bazen görülmektedir. Kusmaya bağlı metabolik alkalozis (serum bikarbonatın yükselmesiyle), hipokloremi ve hipokalsemi görülebilmekte, laksatif kullanımına bağlı olarak da orta metabolik asidoz meydana gelebilmektedir (57).

Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avrupa, Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya ve Güney Afrika gibi özellikle gıdanın bol bulunduğu endüstrileşmiş toplumlarda daha yaygın olduğu görülmektedir (50).

Ergenliğe geç giren kadınlar arasında yapılan prevelans çalışmalarında anoreksiya nervozanın tüm belirtilerinin görüldüğü oran %0,5-1'dir (50). Genç kadınlarda anoreksiya nervozanın prevelansı ise %0,4 bulunmuştur (57). Bu rahatsızlığın erkeklerdeki prevelansı hakkındaki veriler ise sınırlıdır. Klinik popülasyonlarda kadın ve erkekler arasında anoreksiya nervoza görülme oranı 10:1'dir (57). Anoreksiya nervoza görülme sıklığının ise son on yılda arttığı görülmektedir (50).

Sosyo-kültürel etkenler özellikle kadının beden algısındaki değişim anoreksiye nervoza görülmesini etkilemektedir. Zayıflığın önemli bir özellik olarak vurgulanması görülme sıklığını yükseltmektedir (49).

Özellikle aile yapısı, ebeveyn baskısı yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. Anneyle yaşanan sorunlu ilişki ve kadın kimliğinin benimsenmesinde yaşanan zorluklar anoreksiya nervoza görülme sıklığını

artırmaktadır (51). Genetik açıdan monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre anoreksiya nervoza görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (57). Anoreksiya nervozalı bireylerde beyin anormalliği fonksiyonel görüntüleme teknikleriyle (manyetik rezonans görüntüleme, pozitron emisyon tomografisi) ortaya çıkarılmıştır (57).

Anoreksiya nervozanın pik yaptığı yaş aralığı 14-18 yaş aralığı ortalama yaş ise 17'dir. Nadiren kadınlarda 40'lı yaşlardan sonrada görülebilmektedir (50).

DSM-IV' de anoreksiya nervoza için tanı kriterli aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

- Düşük vücut ağırlığını yükseltmeyi ya da vücut ağırlığının korunmasını reddetme (kilo kaybı sonucunda vücut ağırlığının %85 'inden daha az olması veya kilo kazanımındaki başarısızlık nedeniyle vücut ağırlığının %85'inden daha az olması)
- Düşük kiloya rağmen kilo alma ve yağlanmaya dair yoğun korkuya sahip olma
- Vücut ağırlığı ya da şekli hakkındaki düşüncelerin bozulması ve değerlendirmenin aşırılığı, şu anki düşük vücut ağırlığının ciddiyetinin inkâr edilmesi
- Post pubertel dönem kadınlarda amenore görülmesi (birbirini takip eden en az üç adet döngüsünün yokluğu) (50,57).

2.3.2. Bulimia Nervosa

Bulimia; bous (öküz) ve limos (açlık) sözcüklerinden köken almaktadır. 'Öküz kadar aç olmak' ya da 'bir öküzü yiyebilecek kadar aç olmak' anlamlarını içermektedir. Roma döneminde zenginlerin tıkanırcasına yeme ve kusup tekrar yemeye devam etme gibi bulimik belirtiler gösterdiğinden bahsedilmektedir. Kusmanın gerçekleştiği özel yerler 'vomitoryumlar' bulunmaktadır (52).

Bulimia nervozalı bireylerin temel özellikleri aşırı yeme ve kilo alımını önleyebilmek için uygunsuz bir takım telafi edici yöntemlere başvurmalarıdır (50).

Bulimia nervozalı bireylerde tüketilen gıdanın tipi değişiklik göstermesine rağmen genellikle dondurma ya da kek gibi tatlı ve yüksek kalorili ürünlerdir. Ancak tıkanırcasına yemenin anormal miktardaki gıda tüketiminden daha çok

karbonhidratlar vb. gibi spesifik bir besine duyulan arzu ile karakterize olduğu görülmektedir (50,57).

Bulimia nervozalı bireyler tipik olarak yeme problemlerinden utanç duymakta ve semptomları gizlemeye çalışmaktadırlar. Tıkanırmasına yeme genellikle gizlilikle ya da mümkün olduğunca dikkat çekmeden gerçekleşmektedir. Tıkanırmasına yeme; bireyler rahatsız olana hatta acı çekene kadar devam etmektedir. Tıkanırmasına yeme rahatsızlığı disforik ruh durumundan özellikle stres ve diyet kısıtlaması sonucu oluşan yoğun açlık duygusundan tetiklenmektedir. Tıkanırmasına yeme geçici bir süre disforik ruh durumunu iyileştirebilir fakat bu durumu kendi kendini küçümseme ve depresif mod sıklıkla takip etmektedir (57).

Tıkanırmasına yeme rahatsızlığına kontrol duygusunun kaybı eşlik etmektedir fakat bu durum akut bir kontrol kaybı değil daha çok yemeye başladığında durduramama ya da karşı koyamama gibi davranış bozukluğu durumu şeklinde görülmektedir (57).

Bulimia nervozalı bireyler kilo alımını önleyebilmek için uygunsuz bir takım telafi edici yöntemlere başvurmaktadır. Tıkanırmasına yeme sonrası başvuru en yaygın olan yöntem kusma yöntemidir. Yeme bozukluğu kliniklerinde tedavi gören Bulimia nervozalı bireylerin %80-90'ı bu yöntemi kullanmaktadır (57).

Diğer yöntemler ise diüretik ve laksatif kullanımınıdır. Bulimia nervozalı bireylerin yaklaşık üçte biri tıkanırmasına yeme sonrasında laksatif kullanmaktadır. Diğer bir yöntem ise tıkanırmasına yeme sonrasında aşırı egzersiz yapılmasıdır. Yaralanma veya bir takım medikal komplikasyonlar oluşana kadar bulimia nervozalı bireyler egzersize devam etmektedir. Nadiren bu rahatsızlıktaki bireyler kilo almamak için tiroit hormonu almaktadırlar. Tıkanırca yeme sonrası tüketilen gıdanın metabolizasyonunu azaltmak için diabetik bulimia nervozalı bireyler insülin dozlarını azaltmakta veya atlayabilmektedir (57).

Bu rahatsızlığın kilo alma korkusu, kilo vermeyi arzulamak, vücut şekli hakkındaki memnuniyetsizlik gibi belirtileri anoreksiya nervoza ile ortak özellikleridir. Ancak bulimia nervoza sadece anoreksiya nervoza epizodları esnasında görülmemektedir.(50,57).

Bazen bulimia nervozalı bireyler zayıf veya hafif şişman BKİ aralığında olabilmesine karşın genellikle normal BKİ aralığında bulunmaktadır. Sık

görülmemekle birlikte bazen obez bireylerde de bulimia nervoza görülebilmektedir (57).

Bulimia nervozanın endüstrileşmiş toplumlarda benzer sıklıkta görüldüğü rapor edilmiştir. Bulimia nervozalı bireylerin %90'ını kadınlar oluşturmaktadır. Bazı araştırmalarda ise bulimia nervozalı erkeklerin premorbid obezite prevalansının kadın bulimia nervozalı bireylere göre daha yüksek olduğu açıklanmıştır (57).

Bulimia nervozanın adölesan ve genç yetişkin dönemdeki kadınlarda görülme sıklığı %1-1,5 'tir. Erkeklerde bu rahatsızlığın görülme oranı yaklaşık kadınların onda biri kadardır (57).

Tıkanırcasına yeme atakları daha çok diyet epizodları sırasında veya sonrasında başlamaktadır. Bozulmuş yeme davranışı klinik vakaların çoğunda en az birkaç yıl daha devam etmektedir (50,57).

Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismar, kaygı ve duygudurum bozuklukları, çocuk ve ebeveyn arasındaki ilişki (yetersiz veya aşırı düzeyde müdahale bulunma) bulimia nervoza için risk faktörleridir (49). Çocukluk dönemi obezite ve erken pubertel matürasyon bulimia nervoza görülme riskini yükseltmektedir (57).

Hipokalemi, hiponatremi, hipokloremi gibi sıvı- elektrolit dengesizliği görülmektedir. Kusmaya bağlı gastrik asit azalması sonucunda metabolik alkalozis (bikarbonat seviyesinin yükselmesiyle) görülmektedir. Laksatif ve diüretik kullanımına bağlı diyare ve dehidratasyon metabolik asidoza sebep olmaktadır (57).

Devamlı kusmaya bağlı dişlerin yüzeyinde aşınma görülmekte ve bu durum diş kaybı ile sonuçlanmaktadır. Dişler sanki 'güve yemiş' gibi parçalanmış ve düzensiz görünmektedir (57).

DSM-IV' de bulimia nervoza için tanı kriterleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

- Tekrarlanan tıkanırcasına yeme epizodları görülmesi. Tıkanırcasına yeme epizodu aşağıdakilerin her ikisi ile karakterizedir:
 - yeme, aynı zaman periyodunda beslenen ve benzer koşullar altındaki insanlara göre daha fazla gıda alımı
 - epizod esnasında yeme üzerine kontrol duygusu eksikliği (ne ve ne kadar yediğini kontrol edememe ve yemeyi durduramama)

- Kilo alımını önlemek için tekrarlanan uygunsuz bir takım telafi edici yöntemler; kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik, lavman ve diğer ilaçların kötüye kullanımı ya da aşırı egzersiz yapılması
- Tıkanırçasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların birlikte görülmesi (3 aylık sürede ortalama en az haftada 2 kez)
- Vücut şekli ve ağırlığı hakkında yapılan yanlış öz değerlendirme
- Bu rahatsızlık sadece anoreksiya nervoza epizodları esnasında görülmemektedir (50,57).

2.3.3. Pika

Pikanın temel özelliği besinsel değeri olmayan maddelerin ısrarla yenmesidir. Yaşa bağlı olarak yenilen madde değişmektedir. Bebeklerde ve erken dönemdeki çocuklarda boya, alçı, ip, saç veya bez yenmekte, daha büyük çocuklarda ise hayvan pislikleri, kum, böcekler, yapraklar veya çakıl taşları yenebilmektedir. Aslında pika görülen çocuklarda gıdalara karşı bir isteksizlik görülmemektedir (57).

Besinsel değeri olmayan maddelerin tüketimi mental rahatsızlıklarla ilişkili olabilmektedir. Pika genellikle zeka geriliği ile birlikte görülmektedir (57).

Bu bireylerde vitamin ve mineral eksiklikleri rapor edilmesine rağmen genellikle biyolojik anormallikler görülmemektedir (57).

Pika yeme davranışı sonucunda boya veya alçı yenmesine bağlı zehirlenmeler, bağırsak problemleri, saç yutulması sonucu oluşan ince bağırsağın tıkanması, bağırsakta delinme ve toksoplazma veya toxocariasis 'in feçesten alınmasına bağlı enfeksiyonlar görülmektedir (50,57).

Toprak yiyen çocuklarda kurşun, civa ve kadmiyumun topraktan alınması sonucunda karaciğer, böbrek ve beyin gelişiminde problemler yaşanmaktadır (53,54).

Hamile kadınlarda da pika görülmektedir. Özellikle hamile kadınlarda jeofaji (toprak yeme) görülmektedir. Demir ve çinko eksikliği veya psikolojik faktörler bu durumu tetiklemektedir (55,56).

DSM-IV' de pika için tanı kriterleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

- En az 1 aydan fazla süredir besleyici olmayan gıda dışı maddeleri tüketmekte ısrar etmek

- Bu yeme davranışı herhangi bir mental rahatsızlık veya sağlık durumunda (gebelik vb.) oluşabilmektedir (57).

2.3.4. Ruminasyon Bozukluğu (Geri Çıkarma)

Ruminasyon bozukluğunun temel özelliği tekrarlanan geri çıkarmalar ve yeniden çiğneme (geviş getirme) 'dir. Kısmen yenen besinler mide bulantısı, gastrointestinal bozukluk ve tikslenme olmadan ağza geri gelmektedir. Gıda daha sonra ağızdan atılabilmekte veya sıklıkla yeniden çiğnenip yutulmaktadır. Ruminasyon bozukluğu gastrointestinal veya genel sağlık durumuyla alakalı bir rahatsızlık değildir. Bu rahatsızlık genellikle bebeklerde görülmektedir fakat zekâ geriliği rahatsızlığı olan yaşlı bireylerde de rastlanmaktadır (57).

Bu rahatsızlığı olan bebeklerin; başın arkaya atılması ile sırtta kamburlaşma ve gerilme, dili emme hareketine benzer şekilde hareket ettirme ve bu aktiviteden memnun bir yüz ifadesi takınması karakteristik bir takım özellikleridir (57).

Ruminasyon bozukluğu olan bebekler regürjitasyon esnasında genelde asabi ve aç olmaktadır. Bebek görünüşte aç olmasına ve büyük miktarlarda gıda almasına rağmen malnutrisyon görülebilmektedir. Çünkü beslenmeden hemen sonra regürjitasyon gerçekleşmektedir. Bu durum vücut ağırlığı kaybı, kilo alımındaki başarısızlıklar ve hatta ölümle sonuçlanabilmektedir (ölüm oranı %25'ten fazla olduğu rapor edilmiştir) (57).

Stimülasyon (uyarım, dürtü) eksikliği, ihmal, stresli yaşam koşulları ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde yaşanan sorunlar gibi psikososyal problemler belirleyici faktör olabilmektedir (57).

Ruminasyon bozuklukları yaygın görülememekle birlikte erkeklerde kadınlara göre daha sık rastlanmaktadır (50). Genellikle zihinsel engelli bireylerde görülmektedir (57).

DSM-IV' de ruminasyon bozukluğu için tanı kriterleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

- En az ayda bir kez tekrarlanan regürjitasyon ve gıdanın tekrar çiğnenmesi (geviş getirme)

- Gastrointestinal (gastroparaziz, pylorik stenozis, hiatal hernia, ve sandifer syndrom vb.) ve diğer sağlık problemlerine bağlı oluşmayan regürjitasyon varlığı
- Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkanırcasına yeme ve kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozukluğu epizodları esnasında görülmemekte bilhassa zekâ geriliği ve gelişim bozukluğu olanlarda karşılaşılmaktadır (50,57).

2.3.5. Kaçınan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğunun temel özelliği gıda alımının kısıtlanması veya alımından kaçınmadır. Temel özelliğe vücut ağırlığı kaybı, besin ögesi eksikliği, enterel beslenme veya oral beslenme takviyelerine bağımlılık, psikososyal fonksiyonların beslenme üzerine bariz etkisi gibi bir takım anahtar özelliklerden bir veya daha fazlası eşlik etmektedir (57).

Bu rahatsızlığa bağlı çocukların ve adölesanların gelişim döneminde istenilen boy uzunluğu ve vücut ağırlığı görülememektedir (57).

Bu rahatsızlığı olan bireylerde malnütrisyon önemli bir sağlık problemidir. Enteral ürün veya oral besin takviyeleri ile gereksinim sağlanmaktadır. Sürekli alım ise bağımlılıkla sonuçlanmaktadır (57).

Bazı bireylerde gıdadan kaçınma veya kısıtlama; gıdanın görünüş, renk, tat, koku ve sıcaklık gibi bir takım duyuşal özelliklerine göre ortaya çıkabilmektedir. Bu tür davranışlar ‘kısıtlayıcı yeme’, ‘seçici yeme’, ‘kronik gıda reddi’ ve ‘gıda fobisi’ olarak tanımlanmaktadır (57).

Bu bireylerde gıda alımını takiben negatif cevap gelişmektedir. Boğulma hissi oluşumu veya tekrarlanan kusma eylemi gibi caydırıcı tepkiler görülebilmektedir. Bu durum için globus histerikus ve disfaji gibi terimler kullanılmaktadır (57).

Gıdadan kaçınma veya kısıtlamanın birçok sebebi bulunmaktadır. Yeni doğanlarda çok fazla uyuma, sıkıntı veya ajitasyon durumunda, bebeklerin ve erken dönem çocukların beslenirken bakıcıyla etkileşime girememesi durumunda, geç dönem çocuklukta ve adölesanlarda ise anksiyete, depresyon veya bipolar rahatsızlıklarla bağdaştırılmayan bazen ‘gıdadan kaçınma duyuşal rahatsızlığı’

olarak adlandırılan duygusal problemler varlığında gıdadan kaçınma veya kısıtlanma görülebilmektedir (57).

Otizm, anksiyete, obsesif kompulsif rahatsızlıklar, dikkat eksikliği/hiperaktivite gibi durumlarda gıdadan kaçınma veya kısıtlama bozukluğunda artış görülmektedir. Yeme bozukluğu olan annelerin çocuklarında ise daha yüksek oranda görülebilmektedir (57).

Bu rahatsızlık bebeklik ve çocukluk döneminde kadınlar ve erkekler arasında eşit dağılım göstermektedir. Otistik erkek bireylerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. Gıdadan kaçınma veya kısıtlama bozukluğu gebelik gibi fizyolojik durumlarda da görülebilmektedir (57).

Bu rahatsızlığı olan bireylerin tanı kriterleri malnütrisyon, düşük kilo, büyümede gecikme, enteral beslenmeye gereksinim duyulmasıdır (50,57).

DSM-IV' de kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu için tanı kriterleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

- Yeme veya beslenme bozukluğu (bariz bir şekilde gıdalara veya yemek yemeye duyulan ilginin azalması; gıda algılanması temelli bir kaçınma; yemenin sonucunda tikslenme endişesi) aşağıdakilerden biri veya daha fazlası ile ilişkili yeterli beslenme ve / veya enerji gereksinimlerini karşılama konusunda sürekli bir başarısızlık ile ortaya çıkmaktadır:
 - Önemli kilo kaybı (çocuklarda kilo kazanımı sağlamada başarısızlık ya da büyümede duraksama)
 - Besinsel yetersizlikler
 - Enteral beslenme veya oral besin takviyelerine bağımlılık
 - Psikososyal fonksiyonların beslenme üzerine belirgin etkisi
- Yeme bozukluğu anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza epizodları esnasında oluşmamaktadır ve vücut ağırlığı ve şekli hakkındaki düşüncelere bağlı bu rahatsızlığın oluştuğuna dair bir kanıt bulunmamaktadır.
- Yeme bozukluğu eş zamanlı başka bir medikal rahatsızlığa dayandırılmaz veya herhangi bir zihinsel rahatsızlığa bağlı daha iyi açıklanamamaktadır. Yeme bozukluğu başka bir sağlık problemi veya bozuklukla birlikte eşlik ettiğinde ek klinik dikkat gerektirmektedir (50,57).

2.3.6. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Sendrom)

Tıkanırcasına yeme; farklı zamanlarda benzer koşullar altındaki çoğu insana göre daha fazla miktarlarda yeme olarak tanımlanmaktadır. Aşırı gıda alımına kontrol duygusunun eksikliği eşlik etmektedir. Kontrol duygusu eksikliğinin göstergeleri yemek yemeden kendini alamamak ve yemeyi durduramamaktır. Bazı bireylerde tıkanırcasına yeme sendromunun akut kontrol kaybı duygusuyla değil de kontrolsüz yeme davranışıyla karakterize olduğu bildirilmektedir (50,57).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde aşırı miktarlarda yemenin yanı sıra belirli bir gıdaya olan özlemde görülmektedir. Tıkanırcasına yeme rahatsızlığında obez kontrol gruplarına göre daha çok tatlı ve atıştırmalık gıdalara yönelme görülmektedir (58).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireyler yeme problemlerinden utanmakta ve belirtilerini gizlemeye çalışmaktadırlar. Yeme atakları genellikle gizlilik içinde ve göze çarpmayacak biçimde gerçekleşmektedir (57).

Kişiler arasındaki stres, diyet kısıtlaması, vücut ağırlığı ve şekli hakkındaki olumsuz düşünceler ve sıkıntı gibi etmenler tıkanırcasına yeme bozukluğu için tetikleyici olabilmektedir (57).

Normal, hafif şişman ve şişman bireylerde tıkanırcasına yeme bozukluğuna rastlanabilmektedir. Ağırlık kaybı için tedavi uygulanan hafif şişman ve şişman bireylerde ise tıkanırcasına yeme bozukluğu daha yaygındır. Bununla birlikte tıkanırcasına yeme bozukluğu obeziteden ayrı düşünülmelidir. Obez bireylerin çoğunda tıkanırcasına yeme bozukluğu görülmemektedir (57). Tıkanırcasına yeme ve obezite arasındaki tek ortak nokta vücuda fazla enerjinin alınmasıdır (59).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 18 yaş üstü bireylerde 12 ay süren prevelans çalışmasında görülme sıklığı kadınlar ve erkeklerde sırasıyla 1,6 ve 0,8'dir (57).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu ergenlikte ve genç yetişkinlik döneminde başlamaktadır fakat geç dönem yetişkinlerde de ortaya çıkabilmektedir. Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireyler anoreksiya ve bulimialı bireylere göre daha yaşlıdır (57).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu remisyon (hafifleme, azalma) oranı anoreksiya ve bulimialı bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (57).

Aşırı yeme bozukluğuna önemli psikiyatrik tanılar eşlik etmektedir. En sık görülen komorbid bozukluklar bipolar rahatsızlıklar, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, az sayıda madde kullanım bozukluğudur (57). Bu tanılara arasında en sık karşılaşılan ilk sırada majör depresyondur (60). Psikiyatrik komorbidite obezitenin derecesi ile değil aşırı yemenin şiddetiyle bağlantılıdır (57).

DSM-IV' de tıkanırcasına yeme bozukluğu (Binge Eating Sendrom) için tanı kriterleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

- Tekrarlanan tıkanırcasına yeme epizodları aşağıdakilerin her ikisi ile karakterizedir:
 - Yenilen miktar normal insanlara göre daha fazla olması
 - Yeme epizodları esnasında kontrol duygusunun eksikliği (bu his ya yemeyi durduramama ya da ne kadar yenileceğini kontrol edememe duygusudur)
- Tıkanırcasına yeme epizodları aşağıdakilerin 3 ve daha fazlası ile ilişkilidir:
 - Normalden çok daha hızlı yeme
 - Rahatsızlık hissedene kadar yeme
 - Fiziksel açlık hissetmemesine rağmen fazla miktarlarda yiyecek tüketme
 - Tüketilen miktardan utandığı için yalnız yeme
 - Yeme sonrasında kendini suçlu hissetme, kendinden iğrenme veya depresyona girme
- Tıkanırcasına yeme esnasında belirgin distres mevcuttur.
- Tıkanırcasına yeme ortalama 3 aylık bir sürede en az haftada 1 kez meydana gelmektedir. Eğer;
 - Haftada 1-3 kez görülüyorsa hafif,
 - Haftada 4-7 kez görülüyorsa orta,
 - Haftada 8-13 kez görülüyorsa ağır,
 - Haftada 14 ve daha fazla kez görülüyorsa çok ağır olarak sınıflandırılmaktadır.
- Tıkanırcasına yeme sendromunda bulimia nervozada olduğu gibi uygunsuz bir bir takım telafi edici davranışlar görülmemektedir. Bulimia nervoza ve anoreksiya nervoza epizodları esnasında görülmemektedir (57).

2.3.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ya da Yeme Bozuklukları

2.3.7.1. Atipik Anoreksiya Nervoz

Anoreksiye nervozda rahatsızlığında görülen tüm kriterlerin sağlanmasına ve önemli ağırlık kaybı görülmesine rağmen bu rahatsızlığı olan bireylerin vücut ağırlığı normal veya normalin üzerindedir.

2.3.7.2. Bulimia Nervoz (Düşük Sıklıkta ve/veya Sınırlı Sürede)

Bulimia nervozanın tüm kriterleri; tıkanırmasına yeme ve uygun olmayan telafi edici davranışların ortalama haftada bir kez veya 3 aydan daha az bir sürede gerçekleşmesi dışında sağlanmaktadır.

2.3.7.3. Tıkanırmasına Yeme Rahatsızlığı (Düşük Sıklıkta ve/veya Sınırlı Sürede)

Ortalama haftada bir kez ve/veya 3 aydan daha az bir süre içerisinde tıkanırmasına yeme meydana gelmektedir.

2.3.7.4. Purging (Temizleme, Arınma) Rahatsızlığı

Tekrarlanan temizleme davranışını (bilerek kusma, laksatif veya diüretik kullanımı) vücut ağırlığı ve şekli etkilemektedir. Önemli bir fark bu rahatsızlığı olan bireylerde tıkanırmasına yeme durumu görülmemektedir.

2.3.7.5. Gece Yeme Sendromu

Tekrarlanan gece yeme epizodları; gece uyanıp yemek yeme veya akşam yemeğinden sonra aşırı yemek tüketimi ile ortaya çıkmaktadır. Bu rahatsızlığın görüldüğü bireyler yediklerinin farkındadır ve yeme eylemi hatırlanmaktadır (57).

İlk kez 1955'te Stunkard tarafından tedaviye dirençli obez bireylerde sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji ve insomnia ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (61).

Yeme ve uykunun biyolojik ritimleri ayrılmıştır. Enerji alımın geç olması sonucunda sabah yemeleri baskılanırken, akşam ve gece yemeleri artmaktadır. Yeme ve uyku ritimleri arasında 2-6 saatlik bir gecikme söz konusu olmaktadır (62).

2.3.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Sosyal hayat, iş ve diğer ortamlarda klinik olarak önemli bir sıkıntı veya bozulmaya neden olan bir beslenme ve yeme bozukluğunun karakteristik belirtilerinin baskın olmasına rağmen beslenme ve yeme bozuklukları sınıfındaki rahatsızlıkların tanı kriterleriyle uyuşmayanlar için bu sınıflandırma kullanılmaktadır (57).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma, Haziran 2018- Kasım 2018 tarihlerinde Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran 18-50 yaş aralığında herhangi bir sağlık problemi olmayan %55,1'i kadın %44,9'u erkek toplam olarak 127 gönüllü birey arasında yapılmıştır.

Bu çalışma tanımlayıcı ve retrospektif (vaka-kontrol) bir çalışmadır. Çalışma Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 06.06.2018 tarih ve 2018/05 sayılı kararı ile Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmek üzere kabul edilmiştir (Ek 1).

3.2. Araştırmanın Etik Kurul Yönü

Çalışma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 06.06.2018 tarih, 2018/05 nolu Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek 2 ve Ek 3). Çalışmanın yürütüleceği Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi için çalışma izni Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğünden alınmıştır (Ek 4).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, Haziran 2018- Kasım 2018 tarihlerinde Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran 18-50 yaş aralığında herhangi bir sağlık problemi olmayan %55,1'i kadın %44,9'u erkek toplam olarak 127 gönüllü birey arasında yapılmıştır. Çalışmaya obezite dışında herhangi bir hastalık tanısı konulan bireyler (diabet, KVH, HT vb.) dâhil edilmemiştir.

Bireyler üç gruba ayrılmıştır. Normal BKİ 18,5-24,9 kg/m² grubu %53,5'i kadın %46,5'i erkek olmak üzere toplam 43 bireyden oluşmaktadır. Hafif şişman BKİ 25-29,9 kg/m² grubu %55,3'ü kadın %44,7'si erkek olmak üzere toplam 38 birey oluşmaktadır. Şişman BKİ 30 kg/m² ve üzeri grubu %56,5'i kadın %43,5'i erkek olmak üzere toplam 46 kişi oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Gereçleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere DEBQ (Hollanda Yeme Davranışı Anketi) ve BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) uygulamıştır (Ek 5).

Çalışmaya başlamadan önce bireylere gönüllüleri bilgilendirme ve rıza (onam) formu okutulmuş ve çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur (Ek 6). Gönüllü olarak katılmayı isteyen bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.1. Kişisel Özellikler

Anket formu; bireylerin demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyoekonomik durum vb.), sağlık bilgilerini ve ilaç kullanımını içermektedir. Anket formları hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır (Ek 5).

3.4.2. Antropometrik Ölçümler

Araştırmaya katılan bireylerde vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm) ölçülmüş ve BKİ (kg/m²) hesaplanmıştır.

Polikliniğe başvuran bireylerin vücut ağırlığı (kg) mümkün olduğunca en hafif kıyafetle ve ayakkabı olmadan ölçülmüştür. Boy uzunlukları (cm) ise ayakkabı olmadan ayaklar birleşik ve baş frankfort düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olacak şekilde ölçülmüştür.

Boy uzunluğunun ölçümünde TEM EKO-İND marka stadiometre kullanılmıştır.

Vücut bileşiminin belirlenmesinde biyoelektrik impedans analizi, yağsız doku kütlesi ile yağ dokusunun elektiriksel geçirgenlik farkına dayalı bir yöntemdir. Ölçüm öncesinde bireylerin 4 saatten fazla süredir aç olması, ölçüm öncesi çay,

kahve içilmemesi, 12 saat öncesinden ağır egzersiz yapılmaması, 30 dakika öncesi idrara çıkılması, bireyde kalp pili, protez, metal takı olmaması gibi koşulların sağlanması istenmiştir (79).

Bireylerin vücut ağırlığı ölçümünde InBody 230 Profesyonel Vücut Analiz Cihazı kullanılmıştır. Bireylerin BIA değerleri; yağ kütlesi (kg), kas kütlesi (kg), total vücut suyu kütlesi (kg), yağsız kütle (kg), BKİ hesaplaması (kg/m^2), bel/kalça oranı, vücut yağ yüzdesi (%) ve BMH (kkal) kaydedilmiştir.

Aşağıdaki formül ile bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu kullanılarak BKİ kg/m^2 değeri hesaplanmıştır. DSÖ standartlarına göre BKİ (kg/m^2) değerleri yorumlanmıştır (Tablo 3.1).

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

Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre BKİ Sınıflandırması

BKİ (kg/m^2)	Sınıflandırma
<18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Hafif kilolu
30.0 ve üzeri	Obez

*WHO, Global database on body mass index, 2010

Hafif şişman/şişman BKİ gruplarında diyet tedavisi uygulanan bireyleri ortalama 28 günün sonunda yeniden gözlemleyebilmek için telefon görüşmeleri yapılmıştır. Bu görüşmeler araştırmacının kendisi tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.4.3. Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

3.4.3.1. DEBQ (Hollanda Yeme Davranışı Anketi) Yeme Davranışı Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Puanlaması

1986 yılında Van Strein ve arkadaşları tarafından oluşturulan bu ölçek duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme tutumlarını ölçen 3 ana faktörden oluşmaktadır. Bu ölçek toplam 33 soru içermektedir.

Duygusal yeme tutumu (Faktör 1) 11, 23, 13, 22, 15, 21, 17, 20, 19, 12, 14, 16, 18 soruları olmak üzere toplam 13 soru, kısıtlayıcı yeme tutumu (Faktör 2) 1, 10, 3, 9, 5, 8, 7, 6, 4, 2 soruları olmak üzere toplam 10 soru, dışsal yeme tutumu (Faktör 3) 24, 26, 32, 28, 31, 30, 33, 29, 27, 25 soruları olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Anket soruları 5'li Likert skalası ile değerlendirilmektedir.

Faktör 1'de üzüntü, hayal kırıklığı veya stres varlığının yeme davranışı üzerine etkili olup olmadığı sorgulanmaktadır. Faktör 2'de kilo kontrolünü sağlayabilmek için miktar azaltma, öğün atlama, besinlerin reddinin yeme davranışı üzerine etkili olup olmadığı sorgulanmaktadır. Faktör 3'te ise yemeklerin rengi, kokusu, tadı veya yemek yenilen ortamların yeme davranışı üzerine etkileri sorgulanmaktadır (63). DEBQ, N. Bozan ve M. Baş (64) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde uygulanarak Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir.

Bu çalışmada bireylere uygulanan DEBQ ölçeğinden elde edilen verilerin güvenilirlik katsayısı (Chronbach Alpha) 0,905 bulunmuştur. Bu değer mükemmel güvenilirlik sınıfındadır. Alt gruplardan duygusal yeme sorularının güvenilirlik katsayısı 0,964, kısıtlayıcı yeme sorularının güvenilirlik katsayısı 0,847, dışsal yeme sorularının güvenilirliği ise 0,892 bulunmuştur. DEBQ alt gruplarının içsel tutarlılığının yüksek olan sınıflama içerisinde olduğu görülmektedir.

3.4.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Analizi

Puanlaması

Bu ölçek Beck ve ark. tarafından (1961-1978) depresyonun derecesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlaması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Bu ölçekte toplam 21 madde yer almaktadır. Her bir maddenin 4 cevap seçeneği bulunmaktadır. Her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Belirtinin en hafif olduğu cevap 0 iken, depresif belirti arttıkça sırasıyla 1, 2 ve 3 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 63'tür. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. 0-9=minimal, 10-16=hafif, 17-29=orta ve 30-63=şiddetli depresyon şeklinde sınıflandırılmıştır (65).

3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin nitel ve nicel olmasına bağlı olarak tanımlayıcı istatistiksel değerlendirmesi yapılmıştır. Nitel değişkenler sayı (n), yüzde (%) olarak verilmiştir. Nicel değişkenler ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), alt ve üst değerler olarak verilmiştir. Nicel verilerin normallik analizi Kolmogorov- Smirnov ve ShapiroWilks Testine bakılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Nonparametrik testlerin kullanılması öngörülmüştür. Bağımsız iki grup arasında Man Whitney U testi, 3 veya daha fazla grup için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Ön test ve son test değerlerinin karşılaştırılmasında Wilcoxon Test analizi yapılmıştır. Nitel değişkenlerin değerlendirilmesinde varsayımların sağlandığı durumlarda Ki-kare (χ^2) testi, örneklem sayısının yetersiz ve varsayımların sağlanmadığı durumda ise Fisher's Exact Ki-kare (χ^2) testinden yararlanılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı ve istatistiksel önemliliği Spearman korelasyon analizi ile hesaplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20.0 (Statistical Package For Social Sciences) istatistik paket programı kullanılmıştır. Bütün hipotez testlerinin analizlerinde $p \leq 0,05$ alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya katılan bireylerin (n=127) cinsiyet, yaş grupları, meslek, medeni durumları, gelir düzeyleri, eğitim seviyeleri, kiminle yaşamakta olduğu Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Bireylerin %55,1'i kadın %44,9'u erkektir. Bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde %36,2'si 18-24 yaş aralığında, %33,9'u 25-34 yaş aralığında, %29,9'u ise 35-50 yaş aralığındadır.

Bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde %50,4'ü bekâr, %46,5'i evli, %3,1'ü duldur. Eğitim düzeyine bakıldığında %43,3'ü üniversite mezunu/okuyan, %31,5'i lise mezunu/okuyan, %12,6'sı ortaokul mezunu, %10,2'si ilkokul mezunu ve %2,4'ü yüksek lisans mezunu/okuyandır.

Çalışmaya katılan bireylerin %1,6'sı işsiz, %3,1'i işçi, %11'i sağlık personeli, %20,5'i ev hanımı, %26'sı öğrenci ve %37,8'i diğer meslek (öğretmen, mühendis, asker vb.) gruplarıdır.

Gelir durumları incelendiğinde %67,7'si gelir ile gideri eşit (orta), %26,8'i gelir giderden az (düşük), %5,5'i gelir giderden çok (yüksek) seçeneği işaretlenmiştir.

Çalışma grubundaki bireylerin %90,6'sı ailemle yaşıyorum, %5,5'i arkadaşım ile yaşıyorum, %3,1'i yalnız yaşıyorum, %0,8'i ise diğer seçeneğini işaretlemiştir.

Bireylerin %95,3'ü herhangi bir rahatsızlığım yok, %4,7'si ise var cevabını vermiştir. Bulunan rahatsızlıkların 1'i beyincik sarkması, 1'i astım, 1'i hepatit, 1'i anemi, 1'i egzama, 1'i kalp rahatsızlığıdır. Bireylerin %97,6'sı sürekli kullanılan bir

ilacının olmadığı, %2,4'ü ise sürekli kullanılan bir ilacının olduğu görülmüştür. İlaçların 1'i astım ilacı, 1'i sivilce ilacı, 1'i kan sulandırıcı ilaçtır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik özellikler	Erkek		Kadın		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş grupları							
18-24 yaş	22	47,8	24	52,2	46	36,2	0,318
25-34 yaş	19	44,2	24	55,8	43	33,9	
35-50 yaş	16	42,1	22	57,9	38	29,9	
$\bar{x} \pm S$ (yıl)		29±9,0		30±9,3		29±9,1	
BKİ grupları							
Normal	20	46,5	23	53,5	43	33,9	0,959
Hafif şişman	17	44,7	21	55,3	38	29,9	
Şişman	20	43,5	26	56,5	46	36,2	
Medeni durum							
Dul	0	,0	4	100,0	4	3,1	0,038*
Evli	26	44,1	33	55,9	59	46,5	
Bekar	31	48,4	33	51,6	64	50,4	
Meslek							
Sağlık per.	1	7,1	13	92,9	14	11,0	0,006*
Ev hanımı	1	3,8	25	96,2	26	20,5	
Diğer	37	77,1	11	22,9	48	37,8	
İşçi	2	50,0	2	50,0	4	3,1	
Öğrenci	15	45,5	18	54,5	33	26,0	
İşsiz	1	50,0	1	50,0	2	1,6	
Eğitim düzeyi							
Lisans üst ü	1	33,3	2	66,7	3	2,4	0,006*
Üniversite	22	40,0	33	60,0	55	43,3	
Lise	25	62,5	15	37,5	40	31,5	
Ortaokul	6	37,5	10	62,5	16	12,6	

İlkokul	3	23,1	10	76,9	13	10,2	
Gelir durumu							
Düşük	11	32,4	23	67,6	34	26,8	0,105
Orta	40	46,5	46	53,5	86	67,7	
Yüksek	6	85,7	1	14,3	7	5,5	

Tablo 4.1.'in devamı.

Kiminle yaşıyorsunuz?

Arkadaşımlla	4	57,1	3	42,9	7	5,5	0,545
Ailemle	51	44,3	64	55,7	115	90,6	
Yalnız	2	50,0	2	50,0	4	3,1	
Diğer	0	,0	1	100,0	1	0,8	

Herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

Evet	55	45,5	66	54,5	121	95,3	0,027
Hayır	2	33,3	4	66,7	6	4,7	

Herhangi bir kullandığınız ilaç var mı?

Evet	56	45,2	68	54,8	124	97,6	0,350
Hayır	1	33,3	2	66,7	3	2,4	

*Ki Kare Testi, $p < 0,05$ *

4.1.1. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Bireylerin antropometrik ölçümleri Tablo 4.1.1'te gösterilmiştir. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalamalarına bakıldığında kadınlarda boy uzunluğu 160 ± 6 cm, erkeklerde boy uzunluğu 174 ± 7 cm, kadınlarda vücut ağırlığı $74,08 \pm 18,47$ kg, erkeklerde vücut ağırlığı $85,69 \pm 18,69$ kg, kadınlarda kas ağırlığı $23,70 \pm 3,54$ kg, erkeklerde kas ağırlığı $33,76 \pm 4,91$ kg, kadınlarda yağ ağırlığı $30,50 \pm 13,78$ kg, erkeklerde yağ ağırlığı $25,81 \pm 12,70$ kg, kadınlarda total vücut suyu ağırlığı $32,02 \pm 4,35$ kg, erkeklerde total vücut suyu ağırlığı $43,98 \pm 6,04$ kg, kadınlarda yağsız kütle ağırlığı $44,44 \pm 8,57$ kg, erkeklerde yağsız kütle ağırlığı $59,70 \pm 8,25$ kg, kadınlarda BKİ $28,95 \pm 7,59$ kg/m², erkeklerde BKİ $28,56 \pm 6,16$ kg/m², kadınlarda vücut yağ yüzdesi $39,35 \pm 8,83$ kg, erkeklerde vücut yağ yüzdesi $28,58 \pm 9,31$ kg, kadınlarda bel/kalça oranı $0,90 \pm 0,09$ cm, erkeklerde bel/kalça oranı $0,91 \pm 0,06$ cm, kadınlarda bazal metabolizma hızı 1311 ± 125 kkal, erkeklerde bazal metabolizma hızı 1663 ± 178 kkal'dir.

Tablo 4.1.1. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Ortalamalar(\bar{x}), Standart Sapma (S), Alt-Üst Değerleri

Antropometrik ölçümler	Kadın				Erkek				Toplam			
	\bar{x}	S	Alt	Üst	\bar{x}	S	Alt	Üst	\bar{x}	S	Alt	Üst
Vücut Ağırlığı(kg)	74,0	18,47	41,9	150,0	85,6	18,69	53,5	127,4	79,2	19,38	41,9	150,0
Boy Uzunluğu(cm)	160	6	144	174	174	7	149	189	166	9	144	189
Kas Ağırlığı(kg)	23,7	3,54	17,9	38,8	33,7	4,91	25,1	44,7	28,2	6,54	17,9	44,7
Yağ Ağırlığı(kg)	30,5	13,78	8,1	82,7	25,8	12,70	7,1	52,7	28,3	13,46	7,1	82,7
Total Vücut Suyu Ağırlığı(kg)	32,0	4,35	24,8	50,8	43,9	6,04	33,8	57,0	37,3	7,89	24,8	57,0
Yağsız Kütle Ağırlığı(kg)	44,4	8,57	33,7	97,0	59,7	8,25	45,9	77,9	51,2	11,34	33,7	97,0
Vücut Yağ %	39,3	8,83	19,2	55,3	28,5	9,31	10,8	48,4	34,5	10,50	10,8	55,3
BKİ(kg/m ²)	28,9	7,59	18,9	64,1	28,5	6,16	18,5	42,3	28,7	6,96	18,5	64,1
Bel/Kalça oranı(cm)	,9	,09	,7	1,2	,9	,06	,8	1,0	,9	,08	,7	1,2
BMH (kkal)	1311	125	1098	1825	1663	178	1362	2052	1469	231	1098	2052

4.1.2. Hafif Şişman/Şişman Bireylerde İlk ve Son Antropometrik Ölçümler Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi

Hafif şişman ve şişman bireylerde ilk ölçüm ve son ölçüm ortalamaları Tablo 4.1.2’te verilmiştir. İlk ölçümdeki ortalamalar vücut ağırlığı $88,3\pm 17,1$, kas ağırlığı $29,5\pm 6,7$, yağ ağırlığı $35,2\pm 11,0$, total vücut suyu ağırlığı $39,0\pm 8,0$, yağsız vücut dokusu $52,9\pm 10,9$, BKİ $32,2\pm 6,0$, yağ yüzdesi $39,5\pm 7,6$, bel/kalça oranı $0,9\pm 0,07$ olarak bulunmuştur.

Son ölçümdeki ortalamalar vücut ağırlığı $86,1\pm 16,7$, kas ağırlığı $29,2\pm 6,6$, yağ ağırlığı $33,6\pm 10,8$, total vücut suyu ağırlığı $38,5\pm 8,0$, yağsız vücut dokusu $52,1\pm 10,9$, BKİ $25,3\pm 6,1$, yağ yüzdesi $38,7\pm 7,8$, bel/kalça oranı $0,9\pm 0,07$ olarak bulunmuştur. İki ölçüm arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.1.2. Hafif Şişman/Şişman Bireylerde İlk ve Son Antropometrik Ölçümler Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi

	İlk		Son		İki Ölçüm Arasındaki Fark
	$\bar{x} \pm S$	Alt-Üst	$\bar{x} \pm S$	Alt-Üst	<i>p</i>
Vücut Ağırlığı (kg)	88,3±17,1	62,2-150,0	86,1±16,7	60,6-50,7	0,000**
Kas Ağırlığı (kg)	29,5±6,7	18,2-44,7	29,2±6,6	20,3-44,9	0,000**
Yağ Ağırlığı (kg)	35,2±11,0	18,3-82,7	33,6±10,8	16,6-82,5	0,000**
Total vücut suyu (kg)	39,0±8,0	28,1-57,0	38,5±8,0	27,7-57,8	0,000**
Yağsız kütle (kg)	52,9±10,9	38,4-77,9	52,1±10,9	35,4-77,9	0,000**
BKİ (kg/m ²)	32,2±6,0	25,3-64,1	31,4±6,04	24,3-64,4	0,000**
Vücut Yağ %	39,5±7,6	22,1-55,3	38,7±7,8	20,4-54,8	0,000**
Bel/kalça oranı (cm)	0,9±0,07	0,80-1,28	0,9±0,08	0,81-1,31	0,002*
BMH (kkal)	1516,9±237,3	1199-2052	1503,9±235,8	1189-2052	0,000**

Wilcoxon test analiz, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,05^{*}$

4.2. Bireylerin Depresyon Derecesine İlişkin Analiz Sonuçları

4.2.1. Bireylerin BDÖ Puan Ortalaması ve Depresyon Aralığına Göre Değerlendirilmesi

BDÖ puan ortalaması erkeklerde $10,9 \pm 5,3$, kadınlarda $15,3-9,0$ 'dir. Bütün bireylerin BDÖ puan ortalaması ise $13,3-7,9$ 'dir. Cinsiyete göre BDÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$).

BDÖ aralığına göre bireylerin %33,9'u minimal depresyon aralığında, %36,2'si hafif depresyon aralığında, %26'sı orta depresyon aralığında, %3,9'u şiddetli depresyon aralığında bulunmuştur. Cinsiyete göre depresyon aralığı arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0,01$).

Hafif Şişman/Şişman bireylere verilen diyet tedavisi günü erkeklerde ortalama $29 \pm 3,5$, kadınlarda $29 \pm 3,0$, tüm bireylerde $29 \pm 3,2$ 'dir.

Tablo 4.2.1. Bireylerin BDÖ Puanı Ortalaması (\bar{x}) ve Depresyon Aralığına Göre Değerlendirilmesi

	Erkek		Kadın		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
BDÖ	57	44,9	70	55,1	127	100	0,004*
$\bar{x} \pm S$	10,9 \pm 5,3		15,3-9,0		13,3-7,9		
Alt –Üst	2-24		3-53		2-53		
0-9 minimal depresyon	22	51,2	21	48,8	43	33,9	0,000**
10-19 hafif depresyon	26	56,5	20	43,5	46	36,2	
17-29 orta depresyon	9	27,3	24	72,7	33	26,0	
30-63 şiddetli depresyon	0	0	5	100	5	3,9	
$\bar{x} \pm S$ (gün)	29 \pm 3,5		29 \pm 3,0		29 \pm 3,2		

Man Whitney U Testi, $p < 0,05$ *

Ki kare testi $p < 0,05$ **

Tablo 4.2.1'in devamı

Normal BKİ	16	42,1	22	57,9	38	29,9
$\bar{x} \pm S$		10,9 \pm 4,8		13,0 \pm 8,3		12,0 \pm 6,9
Alt –Üst		4-21		3-33		3-33
0-9 minimal depresyon	9	42,9	12	57,1	21	48,8
10-19 hafif depresyon	8	66,7	4	33,3	12	27,9
17-29 orta depresyon	3	37,5	5	62,5	8	18,6
30-63 şiddetli depresyon	0	0	2	100	2	4,7
Hafif şişman BKİ	17	44,7	21	55,3	38	33,9
$\bar{x} \pm S$ (ilk test)		8,1 \pm 4,2		12,4 \pm 5,3		10,4 \pm 5,2
Alt –Üst		2-15		3-20		2-20
$\bar{x} \pm S$ (son test)		6,5 \pm 5,1		10,0 \pm 5,4		8,4 \pm 5,5
Alt –Üst		1-21		2-23		1-23
0-9 minimal depresyon	9	60,0	6	40,0	15	39,5
10-19 hafif depresyon	8	44,4	10	55,6	18	47,4
17-29 orta depresyon	0	0	5	100	5	13,2
30-63 şiddetli depresyon	0	0	0	0	0	0
Şişman BKİ	20	43,5	26	56,5	46	29,9
$\bar{x} \pm S$ (ilk test)		13,3 \pm 5,8		19,7 \pm 10,4		16,9 \pm 9,2
Alt –Üst		4-24		4-53		4-53
$\bar{x} \pm S$ (son test)		10,8 \pm 5,8		16,8 \pm 8,3		14,2 \pm 7,8
Alt –Üst		1-22		0-32		0-32
0-9 minimal depresyon	4	57,1	3	42,9	7	15,2
10-19 hafif dep.	10	62,5	6	37,5	16	34,8
17-29 orta dep.	6	30,0	14	70,0	20	43,5
30-63 şiddetli dep	0	0	3	100	0	6,5

Man Whitney U Testi, p<0,05*

Bireylerin BDÖ depresyon ölçeği puanı normal erkeklerde ortalama $10,9 \pm 4,8$, normal kadınlarda ortalama $13,0 \pm 8,3$, hafif şişman erkeklerde ortalama $8,1 \pm 4,2$, hafif şişman kadınlarda ortalama $12,4 \pm 5,3$, şişman erkeklerde ortalama $13,3 \pm 5,8$, şişman kadınlarda $19,7 \pm 10,4$ 'dur.

Bireylerin buldukları BDÖ depresyon aralığına bakıldığında normal BKİ' de olup ($18,5- 24,4 \text{ kg/m}^2$) minimal depresyon aralığındaki bireylerin %42,9' u erkek %57,1'i kadın, hafif depresyon aralığındaki bireylerin %66,7'si erkek %33,3'ü kadın, orta depresyon aralığındaki bireylerin %37,5' i erkek %62,5' i kadın, şiddetli depresyon aralığındaki bireylerin %100' ü kadındır.

Hafif şişman BKİ' de olup ($25-29,9 \text{ kg/m}^2$) minimal depresyon aralığındaki bireylerin %60,0'ı erkek %40,0'ı kadın, hafif depresyon aralığındaki bireylerin %44,4'ü erkek %55,6'sı kadın, orta depresyon aralığındaki bireylerin %100'ü kadındır. Şiddetli depresyon aralığında birey bulunmamaktadır.

Şişman BKİ' de olup ($30 \text{ ve üzeri } \text{kg/m}^2$) minimal depresyon aralığındaki bireylerin %57,1'i erkek %42,9'u kadın, hafif depresyon aralığındaki bireylerin %62,5'i erkek %37,5'i kadın, orta depresyon aralığındaki bireylerin %30,0'u erkek %70,0'i kadındır. Şiddetli depresyon aralığındaki ise bireylerin %100'ü kadındır. Aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0,01$), (Tablo 4.2.4).

4.2.2. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre BDÖ Kesme Puanı Dağılımları

Bireylerin cinsiyet değişkenine göre BDÖ puan dağılımı kadınların %58,6'sında 17 puanın altında, %41,4'ünde ise 17 puana eşit ve üzerindedir. Erkeklerin %84,2 'sinde 17 puanın altında, %15,8'inde ise puana eşit ve üzerindedir. Cinsiyete göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = ,002$) ($p < 0,05$).

Bireylerin yaş gruplarına göre BDÖ puan dağılımı 18-24 yaş aralığındaki bireylerin %76,1'inde 17 puanın altında, %23,9'unda ise 17 puana eşit ve üzerindedir. 25-34 yaş aralığındaki bireylerin %62,8 'sinde 17 puanın altında, %37,2'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. 35-50 yaş aralığındaki bireylerin %71,1 'inde 17 puanın altında, %28,9'unda ise puana eşit ve üzerindedir. Yaş aralığına göre BDÖ puan

dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,382$) ($p>0,05$).

Bireylerin BKİ gruplarına göre BDÖ puan dağılımı Normal BKİ (18,5-24,4 kg/m²) aralığındaki bireylerin %76,7'sinde 17 puanın altında, %23,3'ünde ise 17 puana eşit ve üzerindedir. Hafif Şişman BKİ (25-29.9 kg/m²) aralığındaki bireylerin %86,8 'sinde 17 puanın altında, %13,2'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. Obez BKİ (30 ve üzeri kg/m²) bireylerin %50,0 'sinde 17 puanın altında, %50,0'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. BKİ gruplarına göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,001$) ($p<0,01$).

Bireylerin mesleklerine göre BDÖ puan dağılımı ev hanımlarının %42,3'ünde 17 puanın altında, %57,7'sinde ise 17 puana eşit ve üzerindedir. Sağlık personelinin %85,7 'sinde 17 puanın altında, %14,3'ünde ise puana eşit ve üzerindedir. Öğrencilerin %75,8 'inde 17 puanın altında, %24,2'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. İşçilerin %75,0'inde 17 puanın altında, %25,0'inde ise puana eşit ve üzerindedir. İşsizlerin %50,0'sinde 17 puanın altında, %50,0'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. Diğer meslek gruplarının (öğretmen, mühendis, asker vb.) %77,1'inde 17 puanın altında, %27,9'unda ise puana eşit ve üzerindedir. Mesleklere göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,020$) ($p<0,05$).

Bireylerin eğitim düzeylerine göre BDÖ puan dağılımı lisansüstü eğitim alanların %100,0'ünde 17 puanın altındadır. Lisan eğitimi alanların %80,0 'inde 17 puanın altında, %20,0'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. Lise eğitimi alanların %70,0 'inde 17 puanın altında, %30,0'unda ise puana eşit ve üzerindedir. Ortaokul eğitimi alanların %43,8'inde 17 puanın altında, %56,3'ünde ise puana eşit ve üzerindedir. İlkokul eğitimi alanların %53,8'inde 17 puanın altında, %46,2'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. Eğitim düzeylerine göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,033$) ($p<0,05$).

Bireylerin gelir durumuna göre BDÖ puan dağılımı gelirin giderden az(düşük) olduğu bireylerin %70,6'sında 17 puanın altında, %29,4'ünde ise 17 puana eşit ve üzerindedir. Gelir ile giderin eşit(orta) olduğu bireylerin %68,6 'sında 17 puanın altında, %31,4'ünde ise puana eşit ve üzerindedir. Gelirin giderden çok (yüksek) olduğu bireylerin %85,7'sinde 17 puanın altında, %14,3'ünde ise puana eşit ve

üzerindedir. Gelir durumuna göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,838$) ($p>0,05$).

Bireylerin beraber yaşadıkları kişilere göre BDÖ puan dağılımı ailele yaşıyorum seçeneğini işaretleyen bireylerin %70,6'sında 17 puanın altında, %29,6'sında ise 17 puana eşit ve üzerindedir. Arkadaşım ile yaşıyorum seçeneğini işaretleyen bireylerin %57,1' inde 17 puanın altında, %42,9'unda ise 17 puana eşit ve üzerindedir. Yalnız yaşıyorum seçeneğini işaretleyen bireylerin %100,0' ünde 17 puanın altındadır. Diğer seçeneğini işaretleyen bireylerin %100,0' ünde 17 puan ve üzerindedir. Beraber yaşanan kişilere göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,838$) ($p>0,05$).



Tablo 4.2.2. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre BDÖ Kesme Puanı Dağılımları

		<17 Depresyon Yok		≥17 Depresyon Var		<i>p</i>
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	41	58,6	29	41,4	0,002*
	Erkek	48	84,2	9	15,8	
Yaş Grupları	18-24 yaş	35	76,1	11	23,9	0,382
	25-34 yaş	27	62,8	16	37,2	
	35-50 yaş	27	71,1	11	28,9	
BKİ Grupları	Normal	33	76,7	10	23,3	0,001*
	Hafif Şişman	33	86,8	5	13,2	
	Obez	23	50,0	23	50,0	
	Dul	2	50,0	2	50,0	
Medeni Durum	Evli	40	67,8	19	32,2	
	Bekâr	47	73,4	17	26,6	
Meslek	Ev Hanımı	11	42,3	15	57,7	0,020**
	Sağlık Personeli	12	85,7	2	14,3	
	Öğrenci	25	75,8	8	24,2	
	İşçi	3	75,0	1	25,0	
	İşsiz	1	50,0	1	50,0	
	Diğer	37	77,1	11	22,9	

Tablo 4.2.2'nin devamı.

Eğitim Düzeyi	Lisans üst ü	3	100,0	0	,0	0,033**
	Üniversite	44	80,0	11	20,0	
	Lise	28	70,0	12	30,0	
	Ortaokul	7	43,8	9	56,3	
	İlkokul	7	53,8	6	46,2	
Gelir durumu	Düşük	24	70,6	10	29,4	0,838
	Orta	59	68,6	27	31,4	
	Yüksek	6	85,7	1	14,3	
Kiminle Yaşıyorsunuz?	Ailemle	81	70,4	34	29,6	0,251
	Arkadaşımlla	4	57,1	3	42,9	
	Yalnız	4	100,0	0	,0	
	Diğer	0	,0	1	100,0	

*Pearson Ki-Kare Testi, $p < 0,01$ **

**Fisher Exact Ki-Kare Testi, $p < 0,05$ *

4.2.3. Hafif Şıman/Şışman Bireylerin BDÖ Ön Test ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılık

Deney grubunda bulunan hafif şışman ve şışman bireylerin bütünü dikkate alınarak yapılan analiz sonucunda BDÖ ön testin puan ortalaması $13,0 \pm 8,3$, BDÖ son testin ortalaması ise $11,6 \pm 7,2$ bulunmuştur. Bu iki ölçüm arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,000$).

4.2.3. Hafif Şıman/Şışman Bireylerin BDÖ Ön Test ve Son Test puanları Arasındaki Farklılık

BDÖ (Sayı:84)	\bar{x}	Alt-Üst	<i>p</i>
İlk Test	$13,0 \pm 8,3$	2-53	0,000
Son Test	$11,6 \pm 7,2$	0-32	

Wilcoxon test analiz, $p < 0,01^{**}$

4.3. Yeme Davranışı Durumunun Değerlendirilmesi

4.3.1. Demografik Özelliklere Göre DEBQ ve BDÖ puanı Değerlendirilmesi

Bireylerin yeme davranışı durumunun değerlendirilmesi Tablo 4.3'te verilmiştir. Bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu sıra ortalaması kadınlarda 73,3, erkeklerde 52,6'dır. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,002$). Bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu sıra ortalaması kadınlarda 69,1, erkeklerde 57,7'dir. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,081$). Bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu sıra ortalaması kadınlarda 64,3, erkeklerde 63,6'dır. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,913$).

Yaş aralığına göre BDÖ ortalaması 18-24 yaş aralığında 62,8, 25-34 yaş aralığında 66,3, 35-50 yaş aralığında 62,9'dur. Yaş grupları ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,885$). Yaş aralığına göre DEBQ duygusal yeme alt ölçeği ortalaması 18-24 yaş aralığında 82,8, 25-34 yaş aralığında 54,9, 35-50 yaş aralığında 51,6'dır. Yaş grupları ve duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,000$). Yaş aralığına göre DEBQ kısıtlayıcı yeme alt ölçeği ortalaması 18-24 yaş aralığında 57,6, 25-34 yaş aralığında 66,0, 35-50 yaş aralığında 69,5'tir. Yaş grupları ve kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,304$). Yaş aralığına göre DEBQ dışsal yeme alt ölçeği ortalaması 18-24 yaş aralığında 81,5, 25-34 yaş aralığında 53,4, 35-50 yaş aralığında 54,8'dir. Yaş grupları ve dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,000$).

BKİ gruplarına göre BDÖ ortalaması normal BKİ grubunda (18,5-24,4 kg/m²) 57,5, hafif şişman BKİ grubunda (25-29,9 kg/m²) 52,1, obez BKİ (30 ve üzeri kg/m²) grubunda 79,9'dur. BKİ grupları ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,001$). BKİ gruplarına göre DEBQ duygusal yeme alt ölçeği ortalaması normal BKİ grubunda (18,5-24,4 kg/m²) 48,4, hafif şişman BKİ grubunda (25-29,9 kg/m²) 68,4, obez BKİ (30 ve üzeri kg/m²) grubunda 74,9'dur. BKİ grupları ve duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,002$). BKİ gruplarına göre DEBQ kısıtlayıcı yeme alt ölçeği ortalaması normal BKİ grubunda (18,5-24,4 kg/m²) 54,2, hafif şişman BKİ grubunda (25-29,9 kg/m²)

70,8, obez BKİ (30 ve üzeri kg/m^2) grubunda 67,6'dır. BKİ grupları ve kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,091$).BKİ gruplarına göre DEBQ dışsal yeme alt ölçeği ortalaması normal BKİ grubunda (18,5-24,4 kg/m^2) 57,9, hafif şişman BKİ grubunda (25-29,9 kg/m^2) 67,8, obez BKİ (30 ve üzeri kg/m^2) grubunda 66,6'dır. BKİ grupları ve dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,404$).

Medeni duruma göre BDÖ ortalaması dullarda 80,5, evlilerde 64,5, bekârlarda 67,5'tir. Medeni durum ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,631$).Medeni duruma göre DEBQ duygusal yeme alt ölçeği ortalaması dullarda 58,5, evlilerde 56,5, bekârlarda 71,3'tür. Medeni durum ve duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,080$).Medeni duruma göre DEBQ kısıtlayıcı yeme alt ölçeği ortalaması dullarda 65,8, evlilerde 66,3, bekârlarda 61,7'dir. Medeni durum ve kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,782$).Medeni duruma göre DEBQ dışsal yeme alt ölçeği ortalaması dullarda 55,5, evlilerde 52,8, bekârlarda 74,8'dir. Medeni durum ve dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,004$).

Bireylerin eğitim düzeylerine göre BDÖ ortalaması lisansüstü mezunu veya okuyanlarda 18,0, üniversite mezunu veya okuyanlarda 60,5, lise mezunlarında 58,1, ortaokul mezunlarında 86,4, ilkokul mezunlarında 80,2'dir. Eğitim düzeyi ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,005$).Bireylerin eğitim düzeylerine göre DEBQ duygusal yeme alt ölçeği ortalaması lisansüstü mezunu veya okuyanlarda 45,2, üniversite mezunu veya okuyanlarda 70,5, lise mezunlarında 52,0, ortaokul mezunlarında 67,0 ilkokul mezunlarında 74,0'dır. Eğitim düzeyi ve duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,099$).Bireylerin eğitim düzeylerine göre DEBQ kısıtlayıcı yeme alt ölçeği ortalaması lisansüstü mezunu veya okuyanlarda 49,3, üniversite mezunu veya okuyanlarda 63,8, lise mezunlarında 60,3, ortaokul mezunlarında 67,6 ilkokul mezunlarında 75,2'dir. Eğitim düzeyi ve kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,691$).Bireylerin eğitim düzeylerine göre DEBQ dışsal yeme alt ölçeği ortalaması lisansüstü mezunu veya okuyanlarda 50,7, üniversite mezunu veya okuyanlarda 74,4, lise mezunlarında 60,2, ortaokul

mezunlarında 52,6 ilkokul mezunlarında 49,0'dır. Eğitim düzeyi ve dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,064$).

Bireylerin mesleklerine göre BDÖ ortalaması sağlık personelinde 42,1, ev hanımlarında 85,1, işçide 80,3, öğrencide 62,3, işsizde 93,0 ve diğerlerinde 57,5'tir. Meslekler ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,004$). Bireylerin mesleklerine göre DEBQ duygusal yeme alt ölçeği ortalaması sağlık personelinde 63,3, ev hanımlarında 70,0, işçide 26,4, öğrencide 79,8, işsizde 74,8 ve diğerlerinde 52,8'dir. Meslekler ve duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,008$). Bireylerin mesleklerine göre DEBQ kısıtlayıcı yeme alt ölçeği ortalaması sağlık personelinde 76,4, ev hanımlarında 74,1, işçide 14,0, öğrencide 60,6, işsizde 79,5 ve diğerlerinde 60,7'dir. Meslekler ve kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,035$). Bireylerin mesleklerine göre DEBQ dışsal yeme alt ölçeği ortalaması sağlık personelinde 60,8, ev hanımlarında 53,6, işçide 41,9, öğrencide 83,4, işsizde 46,8 ve diğerlerinde 59,8'dir. Meslekler ve kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ($p=,017$).

Bireylerin gelir durumuna göre BDÖ ortalaması gelir giderden az (düşük) olanlarda 67,5, gelir ile gider eşit (orta) olanlarda 64,1, gelir giderden çok (yüksek) olanlarda 45,4'dür. Gelir durumu ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,348$). Bireylerin gelir durumuna göre DEBQ duygusal yeme ortalaması gelir giderden az (düşük) olanlarda 64,2, gelir ile gider eşit (orta) olanlarda 63,1, gelir giderden çok (yüksek) olanlarda 74,1'dir. Gelir durumu ve duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,750$). Bireylerin gelir durumuna göre DEBQ kısıtlayıcı yeme ortalaması gelir giderden az (düşük) olanlarda 58,5, gelir ile gider eşit (orta) olanlarda 66,4, gelir giderden çok (yüksek) olanlarda 61,5'dir. Gelir durumu ve kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,556$). Bireylerin gelir durumuna göre DEBQ dışsal yeme ortalaması gelir giderden az (düşük) olanlarda 56,3, gelir ile gider eşit (orta) olanlarda 65,0, gelir giderden çok (yüksek) olanlarda 88,9'dur. Gelir durumu ve dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,092$).

Bireylerin beraber yaşadıkları kişilere göre BDÖ ortalaması arkadaşıyla yaşayanlarda 77,3, ailesiyle yaşayanlarda 63,9, yalnız yaşayanlarda 33,0 ve diğerlerinde 103,5'dir. Beraber yaşanan kişiler ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,178$). Bireylerin beraber yaşadıkları kişilere göre DEBQ duygusal yeme ortalaması arkadaşıyla yaşayanlarda 51,0, ailesiyle yaşayanlarda 64,6, yalnız yaşayanlarda 61,9 ve diğerlerinde 90,5'dir. Beraber yaşanan kişiler ve duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,696$). Bireylerin beraber yaşadıkları kişilere göre DEBQ kısıtlayıcı yeme ortalaması arkadaşıyla yaşayanlarda 67,0, ailesiyle yaşayanlarda 62,6, yalnız yaşayanlarda 87,3 ve diğerlerinde 111,5'dir. Beraber yaşanan kişiler ve kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,322$). Bireylerin beraber yaşadıkları kişilere göre DEBQ dışsal yeme ortalaması arkadaşıyla yaşayanlarda 59,9, ailesiyle yaşayanlarda 64,5, yalnız yaşayanlarda 55,4 ve diğerlerinde 65,0'dir. Beraber yaşanan kişiler ve dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=,953$).

Tablo 4.3.1. Demografik Özelliklere Göre Yeme Davranışı ve BDÖ puanının Değerlendirilmesi

Demografik özellikler (n:127)	Duygusal Yeme		Kısıtlayıcı Yeme		Dışsal Yeme		BDÖ	
	\bar{x}	<i>p</i>	\bar{x}	<i>p</i>	\bar{x}	<i>p</i>	\bar{x}	<i>p</i>
Cinsiyet								
Erkek	52,6	0,002*	57,7	0,081	63,6	0,913	53,5	0,004*
Kadın	73,3		69,1		64,3		72,4	
Yaş grupları								
18-24 yaş	82,8	0,000**	57,6	0,304	81,5	0,000**	62,8	0,885
25-34 yaş	54,9		66,0		53,4		66,3	
35-50 yaş	51,6		69,5		54,8		62,9	
BKİ grupları								
Normal	48,4	0,002*	54,2	0,091	57,9	0,404	57,5	0,001**
Hafif şişman	68,4		70,8		67,8		52,1	
Şişman	74,9		67,6		66,6		79,9	
Medeni durum								
Dul	58,5	0,080	65,8	0,782	55,5	0,004	80,5	0,631
Evli	56,5		66,3		52,8		64,5	
Bekar	71,3		61,8		74,8		62,5	
Meslek								
Sağlık per.	63,3	0,008	76,4	0,035	60,8	0,017	42,1	0,004*
Ev hanımı	70,0		74,1		53,6		85,1	
Diğer	52,8		60,7		59,8		57,5	
İşçi	26,4		14,0		41,9		80,3	
Öğrenci	79,8		60,6		83,4		62,3	
İşsiz	74,8		79,5		46,8		93,0	
Eğitim durumu								
Lisans üstü	45,2	0,099	49,3	0,691	50,7	0,064	18,0	0,005*
Üniversite	70,5		63,8		74,4		60,8	
Lise	52,0		60,3		60,2		58,1	
Ortaokul	67,0		67,6		52,6		86,4	
İlkokul	74,0		75,2		49,0		80,2	
Gelir durumu								
Düşük	64,2	0,348	58,5	0,750	56,3	0,556	67,5	0,348
Orta	63,1		66,4		65,0		64,1	
Yüksek	74,1		61,5		88,9		45,4	

Tablo 4.3.1'in devamı.

Kiminle yaşıyorsunuz?								
Arkadaşımlla	51,0	0,696	67,0	0,322	59,9	0,953	77,3	0,178
Ailemle	64,6		62,6		64,5		63,9	
Yalnız	61,9		87,3		55,4		33,0	
Diğer	90,5		111,5		65,0		103,5	

Man Whitney U Testi, $p<0,05^*$, $p<0,001^{**}$

4.3.2. Hafif Şişman/Şişman Bireylerde DEBQ Ön Test ve Son Test Arasındaki Farklılık

Hafif şişman erkek bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu ön test ortalaması $22,5\pm 9,7$, son test ortalaması $19,7\pm 7,7$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,093$). Hafif şişman erkek bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu ön test ortalaması $28,4\pm 7,1$, son test ortalaması $34,8\pm 5,5$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,002$). Hafif şişman erkek bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu ön test ortalaması $31,7\pm 8,5$, son test ortalaması $26,4\pm 8,8$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Hafif şişman kadın bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu ön test ortalaması $35,9\pm 13,7$, son test ortalaması $34,0\pm 12,8$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,329$). Hafif şişman kadın bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu ön test ortalaması $29,5\pm 7,2$, son test ortalaması $33,6\pm 6,2$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,003$). Hafif şişman kadın bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu ön test ortalaması $30,9\pm 7,4$, son test ortalaması $27,7\pm 6,1$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$).

Şişman erkek bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu ön test ortalaması $31,6\pm 16,0$, son test ortalaması $27,9\pm 12,8$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,146$). Şişman erkek bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu ön test ortalaması $26,9\pm 6,9$, son test ortalaması $34,4\pm 5,6$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,001$). Şişman erkek bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu ön test ortalaması

31,6±7,7, son test ortalaması 24,8±8,6 bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001).

Şişman kadın bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu ön test ortalaması 33,1±14,8, son test ortalaması 31,1±12,8 bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,224). Şişman kadın bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu ön test ortalaması 28,9±4,6, son test ortalaması 32,0±5,5 bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,020). Şişman kadın bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu ön test ortalaması 31,2±9,0, son test ortalaması 27,3±7,0 bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,012).



Tablo 4.3.2. Hafif Şişman/Şişman Bireylerde DEBQ Ön Test ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılık

	ÖN TEST						SON TEST						Duy. Yeme	Kısıt. Yeme	Dış. Yeme	
	Duygusal Yeme		Kısıtlayıcı Yeme		Dışsal Yeme		Duygusal Yeme		Kısıtlayıcı Yeme		Dışsal Yeme					
	$\bar{x} \pm S$	Alt-Üst	$\bar{x} \pm S$	Alt-Üst	$\bar{x} \pm S$	Alt-Üst	$\bar{x} \pm S$	Alt-Üst	$\bar{x} \pm S$	Alt-Üst	$\bar{x} \pm S$	Alt-Üst				<i>p</i>
Hafif Şişman																
Erkek (n=17)	22,5±9,7	13-46	28,4±7,1	13-38	31,7±8,5	16-50	19,7±7,7	13-36	34,8±5,5	25-44	26,4±8,8	10-49	,093	,002*	,001**	
Hafif Şişman																
Kadın (n=21)	35,9±13,7	14-57	29,5±7,2	17-47	30,9±7,4	13-46	34,0±12,8	13-56	33,6±6,2	20-50	27,7±6,1	15-42	,329	,003*	,002*	
Şişman Erkek (n=20)	31,6±16,0	13-63	26,9±6,9	12-37	31,6±7,7	18-50	27,9±12,8	13-60	34,4±5,6	24-44	24,8±8,6	14-45	,146	,001**	,001**	
Şişman Kadın (n=26)	33,1±14,8	13-65	28,9±4,6	21-41	31,2±9,0	16-48	31,1±12,8	13-56	32,0±5,5	25-47	27,3±7,0	14-39	,224	,020*	,012*	

Kruskall Wallis Test, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,05^{*}$

4.3.3. Bireylerin BKİ ve Yaşa Göre BDÖ ve DEBQ Puanları Arasındaki İlişki

Bireylerde BKİ yükseldikçe BDÖ puanı artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,404$ $p=,000$). Bireylerde BKİ yükseldikçe duygusal yeme de artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,309$ $p=,000$).

Yaş ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon görülmekle birlikte, bu ilişki istatistiksel açıdan önemsiz bir korelasyondur. Bireylerin yaşları ile DEBQ alt gruplarının puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş arttıkça duygusal yeme azalmaktadır ($r=-,363$ $p=,000$). İkisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon görülmektedir. Yaş ile kısıtlayıcı yeme arasında pozitif yönde bir korelasyon görülmekle birlikte, bu ilişki istatistiksel açıdan önemsiz bir korelasyondur. Yaş arttıkça dışsal yeme azalmaktadır ($r=-,371$ $p=,000$). İkisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon görülmektedir.

Tablo 4.3.3 Bireylerin BKİ ve Yaşa Göre BDÖ ve DEBQ Puanları Arasındaki İlişki

(Sayı:127)	BKİ (kg/m ²)		Yaş (yıl)	
	r	p	r	p
BDÖ	,404	0,000**	,005	0,954
Duygusal yeme	,309	0,000**	-,363	0,000**
Kısıtlayıcı yeme	,142	0,111	,124	0,164
Dışsal yeme	,083	0,353	-,371	0,000

Spearman Korelasyon Testi, $p<0,01$ **

4.3.4. BKİ Gruplarına Göre BDÖ ve DEBQ puanları Arasındaki İlişki

Obezite seviyesine göre BDÖ ölçeği puanı ile DEBQ alt grupların puanlarının arasındaki ilişki incelendiğinde şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça duygusal yeme artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,529$ ** $p=,006$). Şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça kısıtlayıcı yeme azalmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-,516$ ** $p=,007$). Şişman kadınlarda

BDÖ puanı arttıkça dışsal yeme de artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,415^*$ $p=,035$).

Obezite seviyesine göre BDÖ ölçeği puanı ile DEBQ alt grupların puanlarının arasındaki ilişki incelendiğinde normal BKİ'deki erkeklerde BDÖ puanı arttıkça duygusal yeme de artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,496$ $p=,026$). Normal BKİ'deki erkeklerde BDÖ puanı arttıkça dışsal yeme de artmaktadır. Bu ilişki olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,499$ $p=,025$).

BKİ gruplarına ayırmadan tüm bireylerin BDÖ ve DEBQ alt gruplarına bakıldığında BDÖ puanı arttıkça duygusal yemenin artmakta olduğu görülmektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,271$ $p=,002$)

Tablo 4.3.4. BKİ Gruplarına Göre BDÖ ve DEBQ puanları Arasındaki İlişki

BDÖ		Duygusal Yeme		Kısıtlayıcı Yeme		Dışsal Yeme	
		r	p	r	p	r	p
Kadın	Normal	-,221	0,312	-,157	0,474	-,377	0,076
	Hafif Şişman	,029	0,901	,003	0,989	,376	0,093
	Şişman	,529	0,006*	-,516	0,007*	,415	0,035*
Erkek	Normal	,496	0,026*	,094	0,693	,499	0,025*
	Hafif Şişman	-,132	0,614	,053	0,841	-,275	0,285
	Şişman	,184	0,438	-,005	0,982	,240	0,308
Toplam	(Sayı=127)	,271	0,002*	-,017	0,845	,146	0,101

Spearman Korelasyon Testi, $p<0,05^*$

5. TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Bu çalışma, Haziran 2018- Kasım 2018 tarihlerinde Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran 18-50 yaş aralığında herhangi bir sağlık problemi olmayan ve boyuna göre kilosu normalin üstünde olan %55,1'i kadın %44,9'u erkek toplam olarak 127 gönüllü birey arasında yapılmıştır.

Erkeklerin yaş ortalaması 29 ± 9 , kadınların yaş ortalaması 30 ± 9 'dur.

Bireylerin BKİ grubuna göre dağılımlarına bakıldığında %33,9'unun normal BKİ grubunda, %29,9'unun hafif şişman BKİ grubunda, %36,2'sinin ise şişman BKİ grubunda olduğu bulunmuştur.

Bağrıaçık ve ark. (95), TASO/TOAD (2000-2005) 20 yaş ve üzeri 13878 bireyin (6799 erkek ve 7079 kadın) 6 bölgede (6 il) tarandığı çalışmada; bireylerin %30,9'u normal vücut ağırlığında, %39,6'u fazla kilolu ve %29,5'i ise obezdir. Obezite prevalansı en fazla Gaziantep (%41.6) ilinde saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise obezite prevalansı Gaziantep'te %36,2 bulunmuştur.

Bireylerin cinsiyetlerine göre BKİ gruplarına bakıldığında kadınların %32,9'unun normal, %35,1'inin hafif şişman, %37,1'inin obez olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerin %35,1'inin normal, %29,8'inin hafif şişman, %35,1'inin obez olduğu saptanmıştır.

TUİK (2010) Sağlık Araştırması verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerde hafif şişmanlık, şişmanlık görülme sıklığı erkeklerde %37,3 ve %13,2, kadınlarda %28,4 ve %21,0, ve toplamda %33,0 ve %16,9 bulunmuştur (90).

Derleme bir yazıda yetişkinlerde şişmanlık prevalansı çeşitli çalışma sonuçlarına göre erkeklerde %11-22, kadınlarda ise %23-35 arasında değiştiği rapor edilmiştir (91).

TURDEP I- Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması'nda 20 yaş ve üzeri bireylerde şişmanlık prevalansı %22,3 (erkek:%12,9, kadın:%29,9) olarak saptanmıştır (92).

TURDEP II çalışmasında ise 26499 bireyde şişmanlık prevalansı %35,9 (erkek: %27,3, kadın: %44,2) bulunmuştur (93).

İşeri ve Arslan (94) yapmış olduğu çalışmada Türkiye’de hafif şişmanlık ve şişmanlık görülme sıklığı sırasıyla erkeklerde %46 ve %15.6 ve kadınlarda %33.6 ve %16.6 olarak belirlenmiştir.

5.2. BDÖ ve DEBQ Ölçeklerini Etkileyen Etmenler

Bu çalışmada bütün katılımcıların BDÖ puanı ortalama $13,3 \pm 7,9$ olarak bulunmuştur. Oliver ve ark. (66) Amerika Birleşik Devletleri Midwest’te bulunan Katolik Üniversitesi’nde lisans öğrenimi gören 186 öğrenci (121 kadın, 65 erkek) üzerinde yaptıkları araştırmada BDÖ puan ortalaması $7,6 \pm 6$ bulunmuştur. Bizim çalışmamızda BDÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin cinsiyet, BKİ, yaş, meslek ve eğitim gibi bir takım sosyodemografik özellikleri BDÖ ölçek puanını etkilemektedir.

Bu çalışmada kadınların erkeklere göre BDÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Cinsiyete göre BDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$). Kadınların erkeklere göre daha depresif olmalarının altında birçok neden yatmaktadır. Toplum baskısı, sosyal statü, iş hayatının zorlukları, bebek bakımı, ev işleri gibi birçok görevin kadına addedilmesi kadınların iş yükünü artırmaktadır. Zorlu hayat koşulları sebebiyle kadınlarda depresyon görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksek olabilmektedir.

Çalışmamızı destekler nitelikte Dion ve ark. (67) Kanada Toronto Üniversitesi Erindale Koleji’nde öğrenim gören 432 psikoloji bölümü öğrencisi (144 erkek, 288 kadın) üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların erkeklere göre daha yüksek BDÖ puan ortalamasına sahip olduğunu göstermişlerdir ($F(1,340)=9.53$ $p=,002$).

Kanada Quebec’te 1986 yılında Baron ve ark. (68) 7-12 sınıflarda okuyan 249 (152 kız, 97 erkek) öğrenciye Beck Depresyon Ölçeği uygulaması yapmışlar ve BDÖ puanı ortalamalarının sırasıyla okulda okuyan Fransız erkeklerde 20,4, kızlarda ise 21,5 olarak rapor edilmiştir. Okulda okuyan İngiliz erkeklerde ise 20,5, kızlarda ise 21,4 olarak rapor edilmiştir. Cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Çelik ve ark. (69) 1972 bireyin katıldığı bir internet sitesi üzerinden diyet almak isteyen bireylerde yeme tutum ve davranış bozukluğunu saptamak ve depresyon derecesini ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre

depresyona daha yatkın olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,007$). Obez kadınların erkeklere göre beden algısının daha yüksek olması vücut ağırlığı ile barışık olmayan kadın bireylerde depresyon görülme sıklığını yükseltmektedir.

Çalışmamızın aksine Özgür ve ark. (42) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi obezite polikliniğine başvuran ve obezite tanısı konulan 123 birey (117 kadın ve 6 erkek) arasında yapılan araştırmada kadınları BDÖ ortalaması $10,4\pm 6$, erkeklerin ortalaması $8,6\pm 3$ 'tür. Cinsler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bunun sebebi olarak kadın bireylerin daha fazla sayıda olması söylenebilir.

Aydın ve ark. (70) ODTÜ öğrencileri arasında yaptığı araştırmada ise erkek bireylerin kadınlara göre daha yüksek BDÖ puanına sahip olduğu saptanmıştır. Fakat cinsler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tayşi ve ark. (71) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören intern doktorlar arasında yapmış olduğu çalışmada ise BDÖ puanı ve cinsiyet arasında ($\chi^2: 3,39$, $SD:1$, $p<0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bostancı ve ark. (72) Denizli Pamukkale Üniversitesi'nde 504 üniversite öğrencisi (296 erkek, 208 kadın) arasında yapmış olduğu çalışmada erkeklerin BDÖ puanları ortalaması $12,9\pm 6$, kadınlarda $12,8\pm 8$ 'dir. Fakat istatistiksel açıdan cinsiyetler arasında anlamlı fark görülmemiştir.

Hammen ve ark. (73) 972 erkek ve 1300 kadın arasında yapmış olduğu çalışmada cinsiyete bağlı anlamlı fark bulunamamıştır.

Ören ve ark. (74) 163 erkek 86 kız olmak üzere toplam 249 lise öğrencisi arasında (7 kişi araştırma dışı bırakılmıştır) yapmış olduğu çalışmada 242 öğrencinin 114'ünde orta ve ciddi düzeyde depresyon bulunmasına rağmen cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bunun sebebi ise ergenlik dönemindeki bütün gençlerin depresyona eğilimli olmaları cinsiyet farklılığının oluşmamasına sebep olabilmektedir.

Simon ve ark. (80) ABD'de 9125 obez yetişkin birey üzerinde psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının araştırıldığı çalışmasında kadın ve erkekler arasında depresyona eğilim açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Onyike ve ark. (81) kadınları (82 percent higher odds) erkeklere (73 percent higher odds) göre depresyona daha meyilli oldukları görülmesine rağmen ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Pınar R.'nin (75) 87 obez, 57 non obez bireyden oluşan çalışmasında kadınların BDÖ puanı kontrol grubunda $11,8\pm 9$, deney grubunda $15,5\pm 9$ 'dur. Erkeklerin BDÖ puanları kontrol grubunda $16,3\pm 10$, deney grubunda $14,6\pm 11$ 'dir. Depresyon puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda kadınların depresyona puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur ve anlamlı farklılık düzeyinde olmasının sebebi ise tedavi için hastaneye gelen bireyler arasından seçilmiş olmalarıdır.

Bu çalışmada yaş aralıklarına göre BDÖ puanına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Fakat çalışmamızın aksine Özgür ve ark. (42) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi obezite polikliniğine başvuran ve obezite tanısı konulan 123 birey (117 kadın ve 6 erkek) arasında yapılan araştırmada yaş gruplarına göre BDÖ puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadın ve erkek birey sayısındaki dağılım dengesizliğinin bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin meslekleri ile BDÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Çalışmamızda BDÖ puanının yüksek olduğu grup ev hanımları olarak bulundu. Paralel doğrultuda Özgür ve ark. (42) çalışmasında da ev hanımları ve emeklilerin BDÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Ev hanımlarının sosyal faaliyetlerinin kısıtlılığı ve emeklilerin aktif bir hayatı bırakmasıyla birden bire boşluğa düşme hissi yaşamaları depresyona eğilimi yükselten başlıca sebeplerdir.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri ile BDÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). BDÖ puanı en düşük olan grup yüksek lisans mezun/yapan gruptur. Eğitim durumu kişinin kendini geliştirmesine, yenilemesine ve farklı bakış açıları kazanabilmesine sebep olmakta böylece depresyon görülme riskini azaltmaktadır.

Özgür ve ark. (42) çalışmasında bizim çalışmamızı destekler nitelikte eğitim düzeyi yükseldikçe depresif belirti düzeyinin düştüğü saptanmıştır.

Çalışmamızın aksine Dong ve ark. (76) Pensilvanya Üniversitesinde 1992 yılında başlayıp 10 yıl süren obezitenin genetik araştırması sonucunda ise düşük eğitim düzeyindekilerin ve sosyoekonomik durumu düşük olanların depresyon için düşük risk taşıdığı sonucuna varılmıştır. Bu çalışmanın yapıldığı 1992 yılı ile günümüz koşullarının çok farklı sonuçlar vermesi gayet doğaldır. O yıllarda depresyona sebep olmayan düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumun günümüzde depresyon eğilimini artırdığı görülmektedir.

BKİ gruplarından (normal, hafif şişman ve şişman) elde edilen BDÖ puanı normal erkeklerde ortalama 11 ± 5 , normal kadınlarda ortalama 13 ± 8 , hafif şişman erkeklerde ortalama 8 ± 4 , hafif şişman kadınlarda ortalama 12 ± 5 , şişman erkeklerde ortalama 13 ± 6 , şişman kadınlarda 20 ± 10 'dur. Gruplar ve BDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Hafif şişman ve şişman bireyler üzerindeki toplumsal baskı beden algısını kötü etkilemekte ve depresyona eğilimi yükseltmektedir.

Çakmur ve ark. (82) 18-65 yaş aralığında 92 obez 107 non obez birey arasında yapılan çalışmada her iki grupta depresyon durumu incelenmiş ve obez olgularda obez olmayan olgulara göre depresyon riskinin 2,9 kat yüksek olduğu bulunmuştur.

Çelik ve ark. (69) 1972 bireyin katıldığı bir internet sitesi üzerinden diyet almak isteyen bireylerde yeme tutum ve davranış bozukluğunu saptamak ve depresyon derecesini ölçmek amacıyla yapılan çalışmasında BKİ'nin artmasıyla birlikte BDÖ puan ortalamalarında yükselme görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,00$) Çalışmamızı destekler nitelikte BKİ ve BDÖ puanı arasında güçlü bir ilişki görülmektedir.

Heo ve ark. (77) yaptığı çalışmada obez olan genç kadınların obez olmayan geç kadınlara kıyasla depresyon görülme prevalansı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızı destekler nitelikte vücut ağırlığının yükselmesi BDÖ puanını etkilemektedir.

Çakmur ve ark. (82) 18-65 yaş aralığında 92 obez, 107 non obez birey arasında yapılan çalışmada her iki grupta depresyon durumu incelenmiş ve obez olgularda kadınlarda depresyon riski 3,1 kat yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Obez olmayan olgularda depresyon riski

kadınlarda 2,4 kat yüksek bulunmuştur. İstatistiksel anlamlılık derecesine yaklaşmıştır. Tüm katılımcılar incelendiğinde kadınlarda depresyon riski 2,7 kat yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla paralel olarak cinsiyet değişkeninin BDÖ puanını etkilediği görülmüştür.

Karagöl ve ark. (88) Beykent Üniversitesi Endokrinoloji Bölümü obezite polikliniğine başvuran 100 birey arasında yapılan çalışmada BKİ ve depresyon arasında kadınlarda daha güçlü olmak üzere pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Bu çalışmada hafif şişman/şişman bireylerin dört hafta süren diyet tedavisi sonucunda elde edilen BDÖ puan ortalamasında azalma görülmüştür. Ön test ve son test arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). 28 gün kısa bir süre olmasına rağmen bireylerin BDÖ puanını düşürmeye yetmiş ve diyet tedavisinin etkinliği kanıtlanmıştır.

Bu araştırmada tüm popülasyona bakıldığında kadın bireylerin duygusal yeme alt grubu ortalama puanı erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Duygusal yeme ve cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Kadınların erkeklere göre duygu durumlarının daha değişken ve karmaşık olması duygusal yeme puanları arasında anlamlı farklılık oluşturmuştur.

Konttinen ve ark. (78) çalışmasında kadınların erkeklere göre daha depresif ($[F(1, 4875) = 19.9; P, 0.001; g2 = 0.004]$) ve duygusal yemesinin yüksek olduğu ($[F(1, 4818) = 423.1; P, 0.001; g2 = 0.081]$) görülmektedir. Bizim çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlara varılmıştır.

Dört hafta süren diyet tedavisi sonucunda hafif şişman erkek ve şişman erkek bireylerde kısıtlayıcı yeme puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir yükselme, dışsal yeme puanında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş görülmektedir ($p<0,05$). Bu sonuca bağlı olarak diyet tedavisinin etkinliği kanıtlanmış olup dışsal yeme puanı azalmış ve kısıtlayıcı yeme puanı bilinçlenmeye bağlı olarak yükselmiştir. Duygusal yeme puanı ise azalmaktadır fakat iki değer arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Dört hafta süren diyet tedavisi sonucunda hafif şişman kadın ve şişman kadın bireylerde kısıtlayıcı yeme puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir yükselme, dışsal yeme puanında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş görülmektedir ($p<0,05$). Bu sonuca bağlı olarak diyet tedavisinin etkinliği kanıtlanmış olup dışsal yeme puanı

azalmış ve kısıtlayıcı yeme puanı bilinçlenmeye bağlı olarak yükselmiştir. Duygusal yeme puanı ise azalmaktadır fakat iki değer arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Bu çalışmada yaş ve duygusal yeme puanına arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($r=-,363$ $p=,000$). Bu çalışmada bireylerin yaşı arttıkça duygusal yeme puanı azalmaktadır. ($p<0,01$). Gençliğin ilk yılları duyguların daha yoğun yaşandığı üzüntü, öfke krizlerinin daha sık rastlandığı yıllardır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte kişiliğin yerine oturması ve ani ruhsal dalgalanmaların görülmesinin azalması sonucunda duygu değişimine bağlı yeme dürtülerinde azalma görülebilmektedir. Bireylerin duygusal yeme dürtüsünün yaşın artmasıyla azalması buna bağlı olarak duygusal yeme puanının azalmasına sebep olmaktadır.

Yaş arttıkça dışsal yeme azalmaktadır ($r=-,371$ $p=,000$). Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$). Besinlerin dış görünüşleri, renk, koku, tat vb. bir takım özellikleri insanda yeme isteğini tetikleyebilmektedir. Yaşın artmasına bağlı olarak tat ve koku duyularındaki azalma dışsal yeme puanının düşmesine sebep olmaktadır.

BKİ gruplarına göre duygusal yeme puanına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). BKİ arttıkça duygusal yeme artmaktadır. Obezitenin altında yatan psikolojik etmenler bireylerin yeme durumlarını da etkisi altına alabilmektedir. Obez bireylerin öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı vb. duyguları yemek yiyerek atlatmaya çalıştıkları görülmektedir. Böylece obezite seviyesi yükseldikçe duygusal yeme sorularına verilen puanlar da yükselmiştir.

Bu çalışmada; şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça duygusal yeme artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=,529^{**}$ $p=,006$). Şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça kısıtlayıcı yeme azalmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=-,516^{**}$ $p=,007$). Şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça dışsal yeme de artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,415^{*}$ $p=,035$). Bu çalışmada obez kadınlar BDÖ puanı ve yeme alışkanlıkları arasında güçlü bir ilişki görülmektedir. Obezite; depresyona ve yeme davranışlarını görülme sıklığını yükseltmektedir.

Kontinen ve ark. (78) çalışmasında duygusal yeme, BKİ, yaş, depresif semptomlar ve bel çevresi gibi adipozit indikatörleri birbirleri ile yüksek korelasyon göstermektedir (koeffetif aralığı 0.88-0.92).

Çalışmada normal BKİ erkek grubunda BDÖ puanı arttıkça duygusal yeme ve dışsal yemenin arttığı görülmüştür. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=,496$ $p=,026$), ($r=,499$ $p=,025$) ($p<0,05$). Bu çalışmada obezite durumu var olmasa bile depresyon tek başına yeme alışkanlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Tüm popülasyona bakıldığında BDÖ puanı artıkça duygusal yemenin artmakta olduğu görülmektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=,271$ $p=,002$). Bizim çalışmamızda duygusal yemenin altında yatan en önemli nedenlerden birinin depresyon varlığı olduğu saptanmıştır.

Adriaanse ve ark. (83) yaptığı çalışmada obez ve normal bireylerin stres ve anksiyete gibi durumlarda yeme yanıtları karşılaştırılmış ve obez katılımcıların duygusal yeme puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Obez bireylerde yeme davranışı, yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesinin yanı sıra aynı zamanda stresle baş edebilmenin en etkili yolu gibi görülmektedir.

Dört hafta süren diyet tedavisi sonrasında yapılan son test BDÖ ve DEBQ puanları incelendiğinde şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça duygusal yeme artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=,730^{**}$ $p=,000$). Şişman erkeklerde de BDÖ puanı arttıkça duygusal yeme ve dışsal yeme artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=,494$ $p=,027$), ($r=,453$ $p=,045$). Böylece obez bireylere uygulanan diyet tedavisinin başarılı olduğu kanıtlanmıştır. Ancak yeme davranışı problemlerini tamamen çözebilmek için daha uzun süreli diyet tedavileri uygulanması gerektiği görülmüştür.

Bu çalışmada bireylerde BKİ yükseldikçe BDÖ puanı artmakta olduğu görülmüştür. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=,404$ $p=,000$) ($p<0,01$). Obezite ve depresyon arasında çift yönlü bir etkileşim olduğu depresyonun obeziteye sebep olabileceği gibi obezite varlığının depresif semptomları yükselttiği gösterilmiştir.

Scott ve ark. (87) Yeni Zelanda' da 16 yaş ve üzeri 12.992 birey üzerinde yaptığı çalışmada ise obezite ve depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu rapor edilmiştir.

Onyike ve ark. (81) 1988-1994 yılları arasında NHANES III araştırması verileri kullanılarak obezite ile depresyon ilişkisi derlemesinde BKİ>40 kg/m² olan şişman bireylerde depresyon için potansiyel bir risk olduğu saptanmıştır.

Ouwens ve ark. (84) yüksek depresif belirtiler gösteren bireylerin yüksek enerjili besinler tükettiği ve beden kütle indekslerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada bireylerde BKİ yükseldikçe duygusal yemeninde yükseldiği saptanmıştır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=,309$ $p=,000$) ($p<0,01$). Obezite bireylerin özgüven eksikliği stresle baş edebilmeyi zorlaştıran önemli bir etkidir. Obez bireylerin bir takım olumsuz duyguları yemek yiyerek bastırmaya çalıştıkları görülmüştür.

Çalışmamızı destekler nitelikte Adriaanse ve ark. (83) yaptığı çalışmada obez ve normal bireylerin stres ve anksiyete gibi durumlarda yeme yanıtları karşılaştırılmış ve obez katılımcıların duygusal yeme puanının yüksek olduğu saptanmıştır.

Simon ve ark. (80) ABD’de 9125 yetişkin birey üzerinde yapmış olduğu çalışmada obezitenin major depresyon riskini artırdığı tespit edilmiştir (Odds Ratio (OR)=1.21, 95% Confidence Interval (CI) 1.09 to 1.35).

Kim ve ark. (85) Kore’de 771.408 askeri personel üzerinde yapılan çalışmada zayıf ve obez grupların diğer gruplara göre daha endişeli ve depresif olmaya meyilli oldukları saptanmıştır. Normal BKİ grubundaki bireylerin zayıf ve obez bireylere göre ruhen ve bedenen daha sağlıklı oldukları görülmektedir.

Wit ve ark. (86) 43,534 birey arasında yapılan çalışmada bireyler BKİ değerlerine (zayıf, normal, fazla kilolu ve obez) göre 4 gruba ayrılmıştır. BKİ ve depresyon arasında U şeklinde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Her iki uç nokta (zayıflık ve obezite) depresyon için riskin yükseldiği yerlerdir. Sadece obez bireylerin tedavisi değil aynı zamanda zayıf bireylerin de normal vücut ağırlığına ulaşabilmeleri için diyet tedavisi gereklidir.

Bu çalışmada ortalama 28 gün diyet tedavisi uygulanan bireylerde dışsal yeme puanında azalma ve kısıtlayıcı yeme puanlarında yükselme görülmüştür. Ön test ve son test arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların son

test duygusal yeme puanları ön test puanlarına göre daha düşük olmasına rağmen fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Çalışmamızı destekler nitelikte Güzey M. (89) yaptığı çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Obezite Polikliniği'ne başvuran 50 kadın bireye DEBQ ölçeği uygulanmıştır. 3 ay süren diyet tedavileri sonunda başlangıç ve son DEBQ skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Vücut ağırlığında azalma yeme davranışını olumlu etkilemiştir. Daha uzun süreli diyet tedavisinin obezite ile savaşta en etkili tedavi yöntemi olduğu saptanmıştır.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma, Haziran 2018- Kasım 2018 tarihlerinde Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran 18-50 yaş aralığında herhangi bir sağlık problemi olmayan 70'i kadın 57'si erkek toplam olarak 127 gönüllü birey arasındayapılmıştır. Bu çalışma ile düşük kalorili diyet tedavisi uygulanan hafif şişman/şişman bireylerin depresyon derecesi ve yeme davranışı değerlendirilmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Bu çalışma 55,1'i kadın 44,9' u erkek olmak üzere toplam 127 birey arasında yapılmıştır.

2. Bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde 64'ü bekâr, 56'u evli, 4'ü duldur.

3. Eğitim düzeyine bakıldığında %43,3'ü üniversite mezunu/okuyan, %31,5'i lise mezunu/okuyan, %12,6'sı ortaokul mezunu, %10,2'si ilkokul mezunu ve %2,4'ü yüksek lisans mezunu/okuyan olduğu saptanmıştır.

4. Çalışmaya katılan bireylerin %1,6'sı işsiz, %3,1'i işçi, %11'i sağlık personeli, %20,5'i ev hanımı, %26'sı öğrenci ve %37,8'i diğer meslek grupları (öğretmen, mühendis, asker vb.) olarak saptanmıştır.

5. Gelir durumları incelendiğinde %67,7'si gelir ile gideri eşit (orta), %26,8'i gelir giderden az (düşük), %5,5'i gelir giderden çok (yüksek) olarak saptanmıştır.

6. Çalışma grubundaki bireylerin %90,6'sı ailemle yaşıyorum, %5,5'i arkadaşım ile yaşıyorum, %3,1'i yalnız yaşıyorum, %0,8'i ise diğer seçeneğini işaretlemiştir.

7. Kadınların yaş ortalaması 30±9 yıldır. Erkeklerde ise yaş ortalaması 29±9 yıldır.

8. 18-24, 25-34 ve 35-50 yaş gruplarına bakıldığında kadınlarda bu dağılım sırasıyla %34,3, %34,3, %31,4'tür. Erkeklerde ise %38,6, %33,3, %28,1'dir. Cinsiyete göre yaş grupları dağılımı arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır.

9. Bireylerin cinsiyetlerine göre BKİ gruplarına bakıldığında kadınların %32,9'unun normal, %35,1'inin hafif şişman, %37,1'inin obez olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerin %35,1'inin normal, %29,8'inin hafif şişman, %35,1'inin

obez olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre BKİ grupları dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır.

10. Deney gruplarındaki bireylere verilen diyet tedavisi günü hafif şişman kadınlarda ortalama 28 ± 3 gün, hafif şişman erkeklerde ortalama 29 ± 4 gün, şişman kadınlarda 29 ± 3 gün, şişman erkeklerde ortalama 28 ± 3 gündür.

11. İlk ve son ölçüm vücut ağırlığı, kas ağırlı, yağ ağırlığı, total vücut suyu ağırlığı, yağsız vücut dokusu, BKİ, yağ yüzdesi, bel/kalça oranı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

12. Bireylerin BD depresyon leği puanı normal erkeklerde ortalama 11 ± 5 , normal kadınlarda ortalama 13 ± 8 , hafif şişman erkeklerde ortalama 8 ± 4 , hafif şişman kadınlarda ortalama 12 ± 5 , şişman erkeklerde ortalama 13 ± 6 , şişman kadınlarda 20 ± 10 'dur

13. Bireylerin cinsiyet değişkenine göre BD leğinden alınan puanlar değerlendirildiğinde kadınlarda ortalama 72,5 erkeklerde ortalama 53,6 bulunmuştur. Kadınlarda BD puanı ortalaması erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Cinsiyete göre BD puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

14. Diyet tedavisi uygulandıktan sonra bireylerin BD depresyon leği puanı hafif şişman erkeklerde ortalama 6 ± 5 , hafif şişman kadınlarda ortalama 10 ± 5 , şişman erkeklerde ortalama 11 ± 6 , şişman kadınlarda ortalama 17 ± 8 'dir.

15. hafif şişman ve şişman bireylerin bütünü dikkate alınarak yapılan analiz sonucunda BD n testin puan ortalaması $13,0\pm 8,3$, BD son testin ortalaması ise $11,6\pm 7,2$ bulunmuştur. Diyet tedavisi sonrası BD puanında azalma görülmüştür. Bu iki ölçüm arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

16. Hafif şişman kadınlarda BD n test ortalaması $12,3\pm 5,3$, son test ortalaması ise $9,9\pm 5,4$ olarak bulunmuştur. Diyet tedavisi sonrası BD puanında azalma görülmüştür. İki lm arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

17. Hafif şişman erkeklerin BD n test ortalaması $8,0\pm 4,2$, son test ortalaması ise $6,4\pm 5,1$ olarak bulunmuştur. Diyet tedavisi sonrası BD puanında azalma görülmüştür. Fakat iki ölçüm arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,10$).

18. şişman kadınlarda BD n test ortalaması $19,6\pm 10,4$, son test ortalaması ise $16,8\pm 8,2$ olarak bulunmuştur. Diyet tedavisi sonrası BD puanında azalma

görülmüştür. Fakat iki ölçüm arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,06$).

19. Şişman erkeklerin BDÖ ön test ortalaması $13,2\pm 5,8$, son test ortalaması ise $10,7\pm 5,8$ olarak bulunmuştur. Diyet tedavisi sonrası BDÖ puanında azalma görülmüştür. Fakat iki ölçüm arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,09$).

20. Yaş gruplarına göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,382$).

21. Mesleklere göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,020$).

22. Eğitim düzeylerine göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,033$).

23. Gelir durumuna göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,838$).

24. Beraber yaşanılan kişilere göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,838$).

25. Bireylerin BKİ gruplarına göre BDÖ puan dağılımı Normal BKİ ($18,5-24,4 \text{ kg/m}^2$) aralığındaki bireylerin %76,7'sinde 17 puanın altında, %23,3'ünde ise 17 puana eşit ve üzerindedir. Hafif Şişman BKİ ($25-29,9 \text{ kg/m}^2$) aralığındaki bireylerin %86,8 'sinde 17 puanın altında, %13,2'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. Obez BKİ ($30 \text{ ve üzeri } \text{kg/m}^2$) bireylerin %50,0 'sinde 17 puanın altında, %50,0'sinde ise puana eşit ve üzerindedir. BKİ yükseldikçe BDÖ puanında artış görülmüştür. BKİ gruplarına göre BDÖ puan dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,001$).

26. Bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu sıra ortalaması kadınlarda 73,3, erkeklerde 52,6'dır. Kadınları erkeklere göre duygusal yeme puan ortalaması yüksektir. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

27. Bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu sıra ortalaması kadınlarda 69,1, erkeklerde 57,7'dir. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,081$).

28. Bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu sıra ortalaması kadınlarda 64,3, erkeklerde 63,6'dır. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,913$).

29. Hafif şişman erkek bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu ön test ortalaması $22,5\pm 9,7$, son test ortalaması $19,7\pm 7,7$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,093$).

30. Hafif şişman erkek bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu ön test ortalaması $28,4\pm 7,1$, son test ortalaması $34,8\pm 5,5$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,002$).

31. Hafif şişman erkek bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu ön test ortalaması $31,7\pm 8,5$, son test ortalaması $26,4\pm 8,8$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

32. Hafif şişman kadın bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu ön test ortalaması $35,9\pm 13,7$, son test ortalaması $34,0\pm 12,8$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,329$).

33. Hafif şişman kadın bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu ön test ortalaması $29,5\pm 7,2$, son test ortalaması $33,6\pm 6,2$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,003$).

34. Hafif şişman kadın bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu ön test ortalaması $30,9\pm 7,4$, son test ortalaması $27,7\pm 6,1$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$).

35. Şişman erkek bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu ön test ortalaması $31,6\pm 16,0$, son test ortalaması $27,9\pm 12,8$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,146$).

36. Şişman erkek bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu ön test ortalaması $26,9\pm 6,9$, son test ortalaması $34,4\pm 5,6$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

37. Şişman erkek bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu ön test ortalaması $31,6\pm 7,7$, son test ortalaması $24,8\pm 8,6$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

38. Şişman kadın bireylerin DEBQ-Duygusal Yeme alt grubu ön test ortalaması $33,1\pm 14,8$, son test ortalaması $31,1\pm 12,8$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,224$).

39. Şişman kadın bireylerin DEBQ-Kısıtlayıcı Yeme alt grubu ön test ortalaması $28,9\pm 4,6$, son test ortalaması $32,0\pm 5,5$ bulunmuştur. Bu yükselmenin sebebi verilen diyet eğitimine bağlı bilinçlenme olarak gösterilebilir. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,020$).

40. Şişman kadın bireylerin DEBQ-Dışsal Yeme alt grubu ön test ortalaması $31,2\pm 9,0$, son test ortalaması $27,3\pm 7,0$ bulunmuştur. Bu iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$).

41. Yaş aralığına göre BDÖ sıra ortalaması 18-24 yaş aralığında 62,8, 25-34 yaş aralığında 66,3, 35-50 yaş aralığında 62,9'dur. Yaş grupları ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

42. Yaş grupları ve DEBQ duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur.

42. Yaş grupları ve DEBQ kısıtlayıcı yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

43. Yaş grupları ve DEBQ dışsal yeme arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmamaktadır.

44. BKİ grupları (normal, hafif şişman ve şişman) arasında BDÖ puanları açısından istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur. BKİ, BDÖ puanını etkilemiştir.

45. BKİ grupları (normal, hafif şişman ve şişman) arasında duygusal yeme açısından fark anlamlı bulunmuştur. BKİ arttıkça duygusal yeme puanı yükselmiştir.

46. BKİ grupları (normal, hafif şişman ve şişman) arasında kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

47. Her bir BKİ grubunda(normal, hafif şişman ve şişman) cinsiyete göre duygusal yeme puanı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

48. Her bir BKİ grubunda(normal, hafif şişman ve şişman) kadın ve erkek bireyler arasındaki kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

49. Bireylerin medeni durumlarına göre BDÖ, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ölçüklerinden elde edilen puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır fakat dışsal yeme ile medeni durum arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

50. Eğitim düzeyine göre BDÖ testi puanı en yüksek çıkan grup ortaokul mezunlarıdır. Bunu sırasıyla ilkokul, üniversite, lise takip etmektedir. BDÖ puanının en düşük çıktığı grup ise yüksek lisans grubudur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

51. Bireylerin mesleklerine göre BDÖ, duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme ölçüklerinden elde edilen puanlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Meslek hem BDÖ puanı üzerine hem de yeme davranışı üzerine etkili olduğu saptanmıştır.

52. Bireylerin gelir durumunun BDÖ, duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme üzerine etkisi bulunmamaktadır. Aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

53. Bireylerin beraber yaşadıkları kişilerin BDÖ, duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme puanlarına etkisi bulunmamaktadır. Aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

54. Bireylerin yaşları ile DEBQ alt gruplarının puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş arttıkça duygusal yeme azalmaktadır. İkisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmektedir ($r=-,363$ $p=,000$).

55. Yaş ile kısıtlayıcı yeme arasında pozitif yönde bir ilişki görülmekle birlikte, bu ilişki istatistiksel açıdan önemsiz bir ilişki görülmektedir.

56. Yaş ile kısıtlayıcı yeme arasında pozitif yönde bir ilişki görülmekle birlikte, bu ilişki istatistiksel açıdan önemsiz bir ilişkidir.

57. Yaş arttıkça dışsal yeme azalmaktadır ($r=-,371$ $p=,000$). İkisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmektedir.

58. DEBQ alt grupların puanlarının arasındaki ilişki incelendiğinde şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça duygusal yeme artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,529^{**}$ $p=,006$).

59. Şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça kısıtlayıcı yeme azalmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-,516^{**}$ $p=,007$).

60. Şişman kadınlarda BDÖ puanı arttıkça dışsal yeme de artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,415^* p=,035$).

61. Normal BKİ'deki erkeklerde BDÖ puanı arttıkça duygusal yeme de artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,496 p=,026$).

62. Normal BKİ'deki erkeklerde BDÖ puanı arttıkça dışsal yeme de artmaktadır. Bu ilişki olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,499 p=,025$).

63. Tüm popülasyon bakıldığında BDÖ puanı artıkça duygusal yemenin artmakta olduğu görülmektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,271 p=,002$).

64. Şişman erkeklerde BDÖ puanı arttıkça dışsal yeme de artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,453 p=,045$).

65. Bireylerde BKİ yükseldikçe BDÖ puanı artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,404 p=,000$).

66. Bireylerde BKİ yükseldikçe duygusal yeme de artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=,309 p=,000$).

6.2. Öneriler

Obezite tedavisinde üzerinde durulan en önemli konulardan biri yeme davranışı bozukluğudur. Kişiyeye özgü diyet programları hazırlanmadan önce bireylerin herhangi bir sağlık probleminin var olup olmadığı, beslenme alışkanlıkları ve yeme tutumları hakkında geniş bilgi alınmalıdır. Stres, üzüntü veya hastalık varlığında yeme davranışı nasıl etkilenir sorusuna cevap aranmalıdır. Böylece obeziteye karşı en etkin tedavi yolu bulunmuş olacaktır.

Bireylerin beslenme alışkanlıkları hakkında bilgi alınmadan hazırlanan diyet listelerinin etkinliği azalır, obezite durumu devam eder ve bunun sonucunda obezite birçok sağlık problemini de beraberinde getirir. Obezite başta kalp-damar rahatsızlıkları, Tip 2 diabet ve hipertansiyon olmak üzere birçok kronik rahatsızlığa sebep olur. Bu tarz kronik rahatsızlıklar sağlık masraflarının artmasına sebep olacak böylece bireylerin yaşam kalitesi ve ülke ekonomisi olumsuz yönde etkilenecektir.

Devlet hastaneleri obezite ile mücadelede en önemli tedavi yerlerinden biridir. Birçok kişinin çeşitli rahatsızlıklar sebebiyle başvurdukları beslenme ve diyet polikliniğinde görev alan diyetisyen sayısının yetersiz olması veya talebin çok fazla olması sebebiyle beslenme alışkanlıklarının tam olarak anlaşılmasından diyet listelerinin hazırlanması obezite tedavisinde aşılması gereken önemli problemlerden birkaçıdır. Bu konuda gerekli düzenlemelerin yapılması, yeterli sayıda poliklinik ve diyetisyen istihdamının sağlanması gerekmektedir.

Obezite tedavisi bir takım çalışmasıdır. Bu takımında hekim, diyetisyen, psikolog, hemşire, fizyoterapist beraber çalışmalıdır. Aşırı beslenme durumunun altında yatan sebep irdelenmeli bu konuda bireylere gereken psikolojik destek sağlanmalıdır. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığın varlığında diyet tedavisi ile psikolog desteği paralel bir şekilde ilerlemelidir.

Her devlet hastanesinin bünyesinde obeziteyle mücadele timi kurulmalı, bu timde hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve hemşire tarafından birey bir bütün olarak ele alınmalıdır. Böylece en etkin tedavi yolu gerçekleşmiş olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- 1.WHO (1997). Prevention and management of the global epidemic of obesity. *Report of the WHO Consultation on Obesity* (Geneva, June, 3-5, 1997). Geneva.
- 2.Resch M., Haász P., Sidó Z. (1998). Obesity as psychosomatic disease. *Eur Psychiatry, 13(Suppl 4):315*.
- 3.Eren İ, Erdi Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi 6(3): 152-157*.
- 4.Herzog D., Eddy KT. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. In: Yager J, Powers PS; eds. *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington DC: *American Psychiatric Publishing*; 1-29.
- 5.World Health Organization, Obesity and overweight. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [06/12/18]
- 6.Molarius A., Seidel JC., Sans S., Toumlehto J., Kuulasmaa K. (1999). Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *J Clin Epidemiol. 52: 1213-1224*.
- 7.Türkiye Endokrinoloji Derneği. *Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu*. 5. Baskı. Nisan 2017. ISBN: 978-605-4011-19-3.
- 8.Özçelik O., Doğukan A., Kaya H. (2005). Hemodiyaliz hastalarında biyoelektrik impedans analiz yönteminin vücut kompozisyonunun belirlenmesindeki etkinliği. *Fırat Tıp Dergisi;10: 50-53*.
- 9.Cornish B., Ward L., Thomas B., Jebb SA., Elia M. (1995). Evaluation of multiple frequency impedance and Cole-Cole analysis for the assessment of body water volumes in healthy humans. *Eur J Clin Nutr; 50: 159-164*.
10. Okorodudu DO., Jumean MF., VM Montori., Corral A., Somers VK.,Erwin PJ. (2010). Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity 34, 791–799; doi:10.1038/ijo*.
11. Gallagher D., Visser M., Sepulveda D., Pierson RN., Harris T. and Heymsfield SB. (1996). How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex and ethnic groups. *Am J Epidemiol; 143: 228-239*

12. Guyton AC., Hall JE. (2001). *Textbook of Medical Physiology*. İstanbul, Nobel Kitapevi,797-800.
13. Ersoy R., Çakır B. (2007). Obezite Olgu Sunumu. *Turkish Medical Journal* 2007, 1:107-116
14. Hellerstein MK., Parks EJ. Obesity and Overweight. In: Gardner DG, Shobeck D; eds. Greenspan's Basic and *Clinical Endocrinology*. 8th ed. New York; McGrawHill; 2007. p.796-816
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi*, Ankara.
16. Stevens J., Cai J, Pamuk ER., Williamson DF., Thun MJ., Wood JL. (1998).The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *Engl J Med*;338:1- 7.
17. Calle EE., Thun MJ., Petrelli JM., Rodriguez C., Heath CW Jr. (1999).Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *Engl J Med*;341: 1097-105.
18. Oranzo JA., Scott JG. (2004). Diagnosis and treatment of obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review. *J Am Board Fam Pract*;17:359-69.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010-2014) Türkiye Obezite İle Mücadele ve Kontrol Programı.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_obezite_mucadele_kontrol_prg.pdf [09.12.18]
20. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını. (2003). *Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri*, 2.baskı, s.277-280, Ankara.
21. Mcinnis K J. Franklin BA., Rippe J M. (2003) Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *Am Fam Physician*;67: 1249-56.
22. Wareham N. (2007). Physical activity and obesity prevention. *Obesity Reviews*, 8 (suppl 1), 109-114.
23. Pedersen BK., Saltin B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease, *Scand J Med Sci Sports*, 16 (suppl 1): 3-63.

24. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi.2 ed.* Demirel H., Kayihan H., Özmert EN., Doğan A., editors. Ankara, Kuban Matbaacılık Yayıncılık.
25. Alp özgen A., Özdinçer A. (2016). Fiziksel Aktivite Ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *HSP; 3(1): 66-72*
26. Brownell KD. (1982). Obesity: Understanding and Treating a Serious, Prevalent and Refractory Disorder. *J Consult Clin Psychol 50(6): 820.*
27. Foreyt JP., Goodrick GK. (1993). Evidence for Success of Behavior Modification in Weight Loss and Control. *Ann Intern Med 119: 698.*
28. Blundell JE. (1984). Behaviour Modification and Exercise in the Treatment of Obesity. *Postgrad Med J 60 (Suppl. 3): 37.*
29. Mahan LK., Arlin M. (1992). Weight Management. *Food, Nutrition and Diet Therapy. 8. Edition.* WB Saunders Company. Philadelphia, 315.
30. Poston WS., Foreyt JP. (2000). Successful Management of the Obese Patient. *Am Fam Physician 1; 62(9): 1967.*
31. Obezitede Diyet Tedavisini Destekleyen Davranışsal Tedavi. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism.* ISSN:1301-2193 E-ISSN: 1308-9846 <http://www.turkjem.org/fulltext/obezitede-diyet-tedavisini-destekleyen-davranissal-tedavi-2791> [09.12.18]
32. Bahçeci M. (2006). Obezite. 8. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi.*
33. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. (2000). Overweight, obesity and health risk. *Arch Intern Med; 160: 898-904.*
34. Bult MS., Van Dalen T., Muller AF. (2008). Surgical treatment of obesity. *Eur J Endocrinol; 158: 135-45.*
35. Korenkov M., Sauerland S., Junginger T. (2006). Obezite Cerrahisi. *Current Opinion in Gastroenterology Türkçe Baskı Cilt 1 Sayı 1.*
36. Stunkard AJ., Stinnett JL., Smoller JW. (1986) Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. *Am J Psychiatry, 143:417-429*
37. Castelnovo-Tedesco P., Schievel D. (1975) Studies of super obesity, I: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med, 6:465-480.*

38. Britz B., Siegfried W, Ziegler A. ve ark. (2000) Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2:1707- 1714.
39. Hamulu F. (1999). Obezite komplikasyonları. (Ed. Tüzün M, Kabalak T, Yılmaz C ve ark.), *Obezite ve Tedavisi. I. Basım*, Mart Matbaacılık, İstanbul, 152- 57.
40. Bayraktar E. (1995). *Obezitenin Psikolojik Yönleri*. (Ed: Yılmaz C), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 107-137.
41. Eren İ., Erdi Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 6(3): 152-157.
42. Özgür G., Gümüş A., Palaz C. (2008). Obez bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 11: 3.
43. Keel PK., Klump KL. (2003). Are eating disorders culturebound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull*;129:747- 769.
44. Affenito SG., Kerstetter J. (1999). Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: women's health and nutrition. *J Am Diet Assoc*; 99: 738-751.
45. Janout V., Janoutova G. (2004). Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*; 148:189- 193.
46. Çuhadaroğlu Çetin F. (2008). *Ergenlerde Yeme Bozuklukları, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, HYB yayınevi:407-23.
47. Türkiye Psikiyatri Derneği. Yeme Bozuklukları.
<http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/32/yeme-bozukluklari> [14.12.18]
48. Vandereycken W., Lowenkopf EL. (1990). Anorexia Nervosa in 19th century America. *J Nerv Ment Dis*; 178:531-5.
49. Yücel B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları *İstanbul Tabip Odası'nın süreli bilimsel yayınıdır*. 22 (4): 39-43.
50. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV). (2005). *American Psychiatric Association Washington, DC*. 2005

51. Zerbe KJ. (2001). The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*; 24: 305-313
52. Halmi KA. (2003). Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: a review. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N; eds. *Eating Disorders. WPA Series*. West Sussex: John Wiley & Sons:1-33.
53. Çakar G., Şener M. (2009). Toprak Yeme Hastalığı (Jeofaji) ve Jeoloji: İç Anadolu'dan örnek bir çalışma, *1. Tıbbi Jeoloji Çalıştayı* (30 Ekim-1 Kasım 2009), Ürgüp Belediyesi, Nevşehir, s. 204
54. Abraham PW.(2002). "Soils: their implications to human health", *The Science of the Total Environment* 291, s. 4
55. Kutalek R. (2010). "Geophagy and potential health implications: geohelminths, microbes and heavy metals", *Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, s. 787
56. Yavrucuoğlu H. (2001). Isparta ve Çevresinde Farklı Sosyo-ekonomik Bölgelerde Yaşayan Çocuklarda Beslenme Alışkanlıkları ve Bunun Büyüme-Gelişme, Hematolojik Parametreler ve Bunun Eser Elementler Üzerine Etkisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Basılmamış Uzmanlık Tezi*, Isparta.
57. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). (2013). *American Psychiatric Association Washington, DC*.
58. Goldfein JA., Walsh BT., LaChaussee JL., et al. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *Int J Eating Disord*; 14:427-431.
59. Kızıltan G., Karabudak E., Ünal A., (2005). Nutritional status of university students with binge eating disorder, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*; 58:167-171.
60. Bulik CM., Sullivan PF., Kendler KS. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge-eating. *Int J Eat Disord*; 32 :72-78.
61. Stunkard AJ., Grace WJ., Wolff HG. (1955). The nighteating syndrome: A pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med*; 19:78- 86
62. Atasoy N., Saraçlı Ö. (2014). Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunun Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması, *Anatolian Journal of Psychiatry*; 15:238-247

63. Van Strein T., Frijters, J., Bergers, G., Defares P. (1986). The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorder*, Vol. 5, 295-315
64. Bozan N., Baş M. (2009). Hollanda Yeme Davranışı Anketinin (DEBQ) *Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Sınanması, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
65. Kılınç S., Torun F. (2011). Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri, *Dirim Tıp Gazetesi*, 86 sayı: 1(39-47).
66. Oliver JM., Paul JC. (1995). Self-esteem and self efficacy; perceived parenting and family climate; and depression in university students. *J Clin Psychol*; 51:467-481.
67. Dion KL., Giordano C. (1990). Ethnicity and sex as correlates of depression symptoms in a Canadian University sample. *Int J Soc Psychiatry*; 36:30-41.
68. Baron P., Perron M. (1986). Sex Differences in the Beck Depression Inventory Scores of Adolescents. *J. Youth Adolescence* 15:165-171.
69. Çelik Z., Alphan E. (2015). *Bir İnternet Sitesine Diyet Almak İçin Başvuran Yetişkin Kişilerde Yemek Yeme Tutum Ve Davranış Bozukluğunun Olup Olmadığının Saptanması Ve Bunun Ağırlıkları İle İlişkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
70. Aydın G., Demir A. (1989). ODTÜ öğrencilerinde depresif belirtilerin yaygınlığı, *İnsan Bilimleri Dergisi*, 8: 27-40.
71. Tayşi BN., Azizoğlu F., Perçinel S., Hasan SH. (1994). 1992-1993 öğrenim yılı intern doktorlarında BDÖ Depresyon Envanterine göre depresyon prevalansı, *Toplum ve Hekim*, 59: 68-74.
72. Bostancı M., Özdel O. (2005). Depressive Symptomatology among University Students in Denizli, Turkey: Prevalence and Sociodemographic Correlates, *Croat Med J*;46(1):96-100.
73. Hammen C.L., Padesky C. (1977) Sex Differences in the Expression of Depressive Responses on the Beck Depression Inventory. *J. Abnorm. Psychol.* 86: 609-614.

74. Ören N., Gençdoğan B. (2007). Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, Cilt:15 No:1 85-9.
75. Pınar R. (2002). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmajı-Karşılaştırmalı Bir Çalışma, *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1): 30-41.
76. Dong C., Sanchez LE., Price RA. (2004). Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity* 28:790-795.
77. Heo M., Pietrobelli A., Fontaine KR., et al. (2006). Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *International Journal of Obesity* 30: 513–519.
78. Kontinen H., Mannisto S., Sarlio-Lahteenlorva S. (2010). Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators, *Am J Clin Nutr* 92: 1031– 1039.
79. Pekcan G. (2016). Beslenme Durumunun Saptanması. *Diyet El Kitabı* (Yazarlar A. Baysal ve ark.) 67-142, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, (9. Baskı).
80. Simon GE., Von Korff M., Saunders K. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in US adult population. *Arch Gen Psychiatry*,63: 824-830.
81. Onyike C., Crum R., Lee H., Lyketsos C., Eaton W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*.158:1139–47.
82. Çakmur H., Güneş Ü. (2018). Poliklinik Başvurularında Obezite ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*;22(2):58-65.
83. Adriaanse Ma. (2011). Emotional eating: eating when emotional or emotional about eating? *Psychol Health*. Jan;26(1):23-39.
84. Ouwens MA., Van Strien T., Van Leeuwe JFJ., Van der Staak CPF. (2009). The dual pathway model of overeating. Replication and extension with actual food consumption. *Appetite*. 52:234-7.
85. Kim T., Kim J., Kim J., Kim S., Roh S., Seo J. (2015). A U-shaped Association between Body Mass Index and Psychological Distress on the Multiphasic Personality Inventory: Retrospective Cross-sectional Analysis of 19-year-old Men in Korea. *Med sci*. Oktober; 30(10): 1537.

86. De Wit LM., Van Straten A., Van Herten M., et al. (2009). Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health*;9:14.
87. Scott KM., McGee MA., Wells JE., Oakley Browne MA. (2008) Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res* 64:97–105
88. Karagöl A., Özçürümez G., Taşkıntuna N. (2014) Beden Kitle İndeksinin Depresyon Ve Aleksitemi İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 15:207-213.
89. Güzey M. (2014). Kadınlarda Ağırılık Yönetiminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
90. TBSA (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu . Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. ISBN : 978-975-590-483-2 T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 931
91. Pekcan G. (2012). Şişmanlık (Obezite): Dünya’da ve Türkiye’de Görülme Sıklığı. Her Yönüyle Obezite; Önleme ve Tedavi Yöntemleri. *Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını*. (Yayına Hazırlayan: Arslan P, Dağ A, Türkmen EG), Cem Ofset Matbaacılık San A.Ş. 2012. (ISBN 978-975-96110-3-3).
92. Satman I, Yilmaz MT, Sengül AM, et al. (2004). Turkish Diabetes Epidemiology study (TURDEP): Prevalence of diabetes in Turkey and effective factors in development of diabetes. *Endocrinology Forum: Epidemiology of Diabetes and Obesity in Turkey I*(Suppl 1): 56–64.
93. Satman İ. (2010). TURDEP II Çalışma Grubu. *TURDEP II Sonuçları*. 2010. 13-17 Ekim 2010, Antalya
94. İşeri A, Arslan N (2008). Obesity in adults in Turkey: age and regional effects. *European Journal of Public Health*, 19:1:91–94.
95. Bagriacık N, Onat H, İlhan B, Tarakci T, Oşar Z, Ozyazar M, Hatemi HH, Yıldız G (2009). Obesity profile in Turkey. *Int J Diabetes & Metabolism* 17:5-8.

EKLER

EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :71915440-804.01-E.1907220018
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:22.07.2019

Sayın Kevser KARTAL

Enstitü Yönetim Kurulunun 16.5.2018 tarih ve 2018/015 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayla YAVA
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
174103019 Kevser KARTAL	Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP
Tel :+90 342 211 80 80
Fax :+90 342 211 80 81

İrtibat :Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Web : www.hku.edu.tr
e-Posta : info@hku.edu.tr

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

06.06.2018

Sayın Kevser KARTAL

“...Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi...” konulu çalışmanız 06.06.2018 tarih ve 2018-05 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

Ek 3. Etik Kurul Kararı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2018/05
Karar Tarihi : 06.06.2018

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Melike BAYARÇELİK'in "...Günübirlik Cerrahi Girişim Geçiren Geriatrik Hastanın Perioperatif Bakım Algularının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Selver Dilan HALİGÜR'ün "...Laparoskopik Kolesistektomi Cerrahisi Uygulanan Hastaların Ağrı Düzeyi ve Yönetiminin Belirlenmesi ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Seba BÜR'ün "...Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İbrahim BİLİR'in "...Gaziantep İl Merkezinde Öğrenimine Devam Eden Erken Ergenlik Dönemindeki Çocukların Güneşten Korunma Davranışlarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Şule YÜKSEL'in "...Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastaların Spiritualite ve Umut Durumlarının İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Fatma TARGAN'ın "...Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Tulay SÖNMEZ'in "...Maternal İyot Durumunun Yeni Doğan Bebeğe Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ahmet ZENGİN'in "...Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Sarkopeni ve Mini Nutrisyonel Araştırma Tarama Testi ile Malnütrisyon Riskinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Murat OKTAY'ın "...Kurban Bayramında Meydana Gelen Kesi Vakalarının Tıbbi ve Mali Açıldan Analizi..." ve "...Kurban Bayramında Meydana Gelen Kesi Vakalarının Analizi..." ve "... İlk ve Acil Yardım, Hemşirelik ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Temel Yaşam Desteği Uygulamalarının Simülatif Olarak Karşılaştırmalı Analizi..." ve "...Acil Servise Başvuran Kafa Travmalı Çocuklarda Bilgisayarlı Tomografi Kullanımının Gerekliğinin ve Etkinliğinin Araştırılması..." konulu çalışmalarının yürütülmesinin,
Öğr. Gör. Selver GÜLER'in "...Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Cocuğuma İyi Bakılıyor mu?..." ve "...Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde Yüksek Akışlı Oksijen Tedavisinin Etkinliği?..." konulu çalışmalarının yürütülmesinin,
Neriman GÜZEL'in "... Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin 'Enhanced Recovery After Surgery' Protokolüne İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Salih ÇELİK'in "...Katarakt Cerrahisi Öncesi Hastaların Kaygı ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Elif Dilan ATILGAN'ın "... Fiziksel Engelli Çocuğu Olan Annelerde Stabilizasyon ve Solunum Egzersizlerinin Yorgunluk, Kaygı Düzeyi, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Arş. Gör. İsmail AKSU'nun "...Müzik Terapinin Endoskopi Uygulanacak Hastalarda Anksiyete Üzerine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Abdullah AKSOY'un "... Fazla Kilolu ve Obez Bireylerde Kişisel Özel Yemek Hizmeti ile Kişisel Özgü Verilen Diyetin Etkilerinin Karşılaştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Abdullah İDER'in "...Farklı Fakültelerdeki Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Görülme Sıklığı ile Yeme Tutum Davranışları ve Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Büşra DURMUŞ'un "...Farklı Fiziksel Aktivite Düzeylerindeki Ofis Çalışanlarında Anaerobik Gücün İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Pınar YAPICIOĞLU'nun "...Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Yorgunluk, Depresyon Fiziksel Aktivite ve Eğitim Seviyesi ile Kinezyoloji Arasındaki İlişki..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İdris DOĞAN'ın "... Presbiyopik Kişilerde göz Egzersizlerinin Görme Fonksiyonu ve İnce Motor Becerileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Büşra ÇİLOĞLU'nun "... Gaziantep'te Yaşayan 19-55 Yaş Grubu Kadınların Besinleri Satın Alma, Hazırlama, Pişirme ve Saklama Uygulamalarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mahmut ÇOBAN'ın "... İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Hastane Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mustafa GÖKSULAR'ın "... Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Çocuklarının Sağlık Haklarına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Prof. Dr. Nermin OLGUN'un "... Hemşirelerin Diyabet Konusunda Bilgi ve Yaklaşımları..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Emre UZUN'un "... Diyabetli Hastalarda Diyabet Okul Eğitiminin Öz Bakıma Etkisinin Araştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Nevzat KANDEMİR'in "... Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Veysel TEKPİNAR'ın "...Erişkin Skolyozda Spinal Stabilizasyon ve Solunum Egzersizlerinin Ağrı, Solunum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Elif ÖZÇİFTÇİ'nin "... 8-12 Yaş Çocukların Ailelerinde Çocuklardaki İştah Algısının Ölçümü ve İştah Durumlarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

(2018/05 Sayılı 06.06.2018 Tarihli Etik Kurul Kararı 2. Sayfasıdır)
(Kevser KARTAL)

Dr. Öğr. Üyesi Günseli USGU'nun "... Yaşlı Bireylerde Denge Güven Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kevser KARTAL'ın "... Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Nurullah İLDEM'in "...Diyabetli Hastalarda Diyabet Okul Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Zeliha TURAN'ın "...Kadın Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kübra AKCAN'ın "... Gebelik Semptom Envanterinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Neslihan KIZIKLI'nın "... Gaziantep İlinde Bir Lise Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerde Uyku Süresi ve Kalitesi ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Okan SAVAŞ'ın "... Serebral Palsili Çocuklarda Solunum Egzersizlerinin Uyku Kalitesine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Engin RAMAZANOĞLU'nun "...Farklı Yank Türlerinde Kas Tonusu ve Elastisitesi ile Ağrının İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ali HASSAN'ın "...Tekerlekli Sandalye Kullananlarda Üst Ekstremit ve Skapular Kasları Kuvvetlendirme Egzersizlerinin Baş, Boyun ve Omuz Postürü, Fonksiyonel Kapasite ve Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ayşenur ÖZSARAÇ'ın "...Bacak Ağrısı Olan Huzursuz Bacak Sendromlu Kadınlara Kriyokinetik Uygulamanın Etkinliğinin Araştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kamile Merve KARATEL'in "... Dil Gelişiminde Gecikme Olan 4-6 Yaş Grubu Çocuklarda Uygulanacak Olan Eğitim Öncesi ve Sonrası Kaba Motor Performansın İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Şahin ÇAKIR'ın "...Lateral Epikondilitli Hastalarda Farklı Fizyoterapi Yöntemlerinin Karşılaştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Tuba ACIKYOL'un "... Lomber Disk Hernisi Olan Hastalarda Kinezyo Bantlama ve Manuel Terapinin Etkilerinin Karşılaştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Gülcem FINDIKKIRAN'ın "... Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Kırılgan Çocuk Sendromu Durumu Açısından Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Özlem YEMİŞEN'in "... Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Bebeklerin Ev Ortamında Sırtüstü Pozisyonda Yatış Sürecinin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGÜN
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

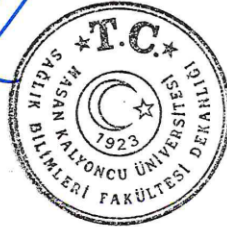
Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye

Güven HOŞ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri



ASLIĞIBİDİR

Ek 4. Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep Eğitim
Birimi
05/07/2018 16:55 - 65587614 - 774.99 - E.760



00072444147

Sayı : 65587614-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzni
-Kevser KARTAL

25 ARALIK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 14/06/2018 tarihli ve 71108297-BİLA barkot sayılı yazı.

Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu'na başvuruda bulunarak Araştırma İzni Onaylanan **Kevser KARTAL**, Hastanenizde inceleme yapması konusunda bilgilerinin alınarak gerekli takibin yapılması ve kolaylık gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Halil İNANÇ
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

EKLER:

-Resmi Yazı (25 Sayfa)

ayaönü Mh. 42035 Nolu Sk. Sehitkamil, Gaziantep
ıks No:0 (342) 220 93 34

Posta:ayfer.ozmuscevik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.gaziantepsaglik.gov.tr

Bilgi için:Ayfer ÖZMÜŞ ÇEVİK
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 342 338 26 00-1494

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 42eb59e2-1a9c-4c9a-9bfb-d53097403608 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5. Veri Toplama Formları

Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi

Bu anketteki sorular, obez bireylerde depresyon ve yeme davranışı görülme sıklığı ve obezitenin dereceleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. Anket sonuçları sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Araştırma süresince sağlığınıza olumsuz yönde etkileyecek ve maddi açıdan sizi sıkıntıya sokacak hiçbir istek talep edilmeyecektir.

Katkılarınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Dyt. Kevser KARTAL
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Beslenme Ve Diyetetik Bölümü

I. GENEL BİLGİLER

- ❖ Ad-Soyad :
- ❖ Cinsiyet : Erkek Kadın
- ❖ Doğum tarihi :
- ❖ Vücut Ağırlığı (kg) :
- ❖ Boy Uzunluğu (cm) :
- ❖ Beden Kütle İndeksi (BKI):
- ❖ Medeni Durum : Bekar Evli Dul
- ❖ Meslek :
- ❖ Eğitim Düzeyi:
 - İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü
- ❖ Gelir durumu:
 - Gelir giderden az (Düşük)
 - Gelir ile gider eşit (Orta)
 - Gelir giderden çok (Yüksek)
- ❖ Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
 - Yalnız yaşıyorum
 - Ailemle
 - Arkadaşım ile birlikte
 - Diğer(.....)
- ❖ Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?
 - Evet Hayır
 - Cevabınız evet ise, hastalığınız nedir?
- ❖ Düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz?
 - Evet Hayır
 - Cevabınız evet ise, kullanılan ilaçların isimleri nelerdir?
.....

II. BDÖ DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda her bir grup içerisindeki cümleleri dikkatle okuyarak, bugün dâhil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

A-

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B-

0. Geleceğim hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Geleceğim hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C-

0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D-

0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E-

0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F-

0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G-

0. Kendimden memnunum.
1. Kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H-

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ-

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J-

0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K-

- 0.Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L.-

0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M

0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N-

0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O-

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P-

0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1–2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R-

0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S-

0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T-

0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum. Evet Hayır

U-

0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmek zorlařıyor.
3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.

V-

0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



III. YEME DAVRANIŞI ANKETİ (DEBQ)

AŞağıda sizlere yeme davranışı ile alakalı sorular verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatli okuyarak size en uygun seçeneğin bulunduğu kutuyu (x) bi iminde iŐaretleyiniz.

1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeğe alıŐır mısınız?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz iin size sunulan yiyecek ya da ieceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
5. Bilinli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
6. ok fazla yediğinizde, ertesı gn daha az yer misiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
7. Kilo almamak iin az yemeğe dikkat eder misiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz iin ne sıklıkla oğun aramalarında yemek yemeğe alıŐırsınız?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz iin ne sıklıkla akşamları yemek yemeğe alıŐır mısınız?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
11. BirŐeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek istermisiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
12. Yapacak birŐeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
13. Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
15. Biri size üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
16. Sınırleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>
17. İstemediğiniz birŐey olduğu zaman yemek istermisiniz?	Hi bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	ok sık <input type="checkbox"/>

18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek istermisiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
19. Bir�eyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek yemek ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
20. Korktuğunuz zaman yemek yemek ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek yemek ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
22. Duygusal olarak �z�nt�l� olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek yemek ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
24. Yediğiniz �ey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha �ok yer misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
25. Yediğiniz �ey g�zel kokuyor ve g�zel g�r�n�yorsa genelde yediğinizden daha �ok yer misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�oksık <input type="checkbox"/>
26. Lezzetli bir�ey g�rdüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
27. Eğer yemek i�in lezzetli bir�eyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
28. E�er bir fırının �n�nden ge�erseniz, lezzetli bir�eyler satın almak ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
29. E�er bir kafe ya da b�fenin �n�nden ge�erseniz, lezzetli bir�eyler almak ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
30. Ba�kalarını yerken g�r�rseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
31. Lezzetli yiyeceklere kar�ı koyabilir misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
32. Ba�kalarını yerken g�rdüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>
33. Yemek hazırlanırken bir�eyler yemeğe meyilli misiniz?	Hi �bir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Sık <input type="checkbox"/>	�ok sık <input type="checkbox"/>

Ek 6. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

Bu anketteki sorular, obez bireylerde depresyon ve yeme davranışı görülme sıklığı ve obezitenin dereceleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. Anket sonuçları sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Araştırma süresince sağlığını olumsuz yönde etkileyecek ve maddi açıdan sizi sıkıntıya sokacak hiçbir istek talep edilmeyecektir.

Katkılarınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Dyt. Kevser KARTAL



Ek 7. İntihal Raporu



LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: Diyarbakır İli Yenişehir Toplum Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Uyku Kalitesinin Diyet Kalitesi ve Antropometrik Ölçümlere Etkisinin Belirlenmesi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 105 sayfalık kısmına ilişkin, 24/06/2019 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak

alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 18'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih: 22/07/2019

Adı Soyadı: Kevser KARTAL

Öğrenci No: 174103019

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik

Programı: Tezli Yüksek Lisans

Statüsü: Y.Lisans Doktora

*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

A. Ünlü
DR.ÖĞR. ÜYE. AYŞE ÜNLÜ

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Ünlü

Ek 8. Kısa Özgeçmiş

Keşer KARTAL Atatürk Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 2014 yılında diyetisyen olarak lisans derecesi ile mezun oldu.

Kartal 2015-2016 yılları arasında Bitlis Ahlat Devlet Hastanesi'nde diyetisyen olarak görev yaptı.

Kartal 2016 yılından itibaren Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde diyetisyen olarak görev yapmaktadır.

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programını 2019 tarihinde tamamladı.

