



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YATAN HASTALARDA YEME TUTUMUNUN KLİNİK
TANILARA GÖRE İNCELENMESİ: PSİKOZ, DEPRESYON,
ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU**

Teslime Merve ÖZTÜRK

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gül ERYILMAZ

İSTANBUL, 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YATAN HASTALARDA YEME TUTUMUNUN KLİNİK
TANILARA GÖRE İNCELENMESİ: PSİKOZ, DEPRESYON,
ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU**

Teslime Merve ÖZTÜRK

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gül ERYILMAZ

İSTANBUL, 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ


Anabilim Dalı : BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
Program : BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
Öğrenci No : 174207005
Öğrenci Adı Soyadı : TESLİME MERVE ÖZTÜRK

YATAN HASTALARDA YEME TUTUMUNUN KLİNİK TANILARA GÖRE İNCELENMESİ: PSİKOZ, DEPRESYON, ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 09.08.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

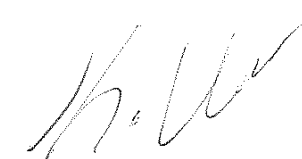
Jüri Başkanı : DOÇ. DR. CEMAL ONUR NOYAN
(Üsküdar Üniversitesi) İmza



Danışman : DOÇ. DR. GÜL ERYILMAZ
(Üsküdar Üniversitesi) İmza



Üye : DOÇ. DR. KORKUT ULUCAN
(Marmara Üniversitesi) İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker-Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Araştırmanın amacı psikoz, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan yatan hastaların yeme tutumunun incelenmesidir. Araştırmaya Şubat 2019 ile Haziran 2019 arasında psikiyatri kliniği ve AMATEM kliniğinde yatışı olan toplam 150 hasta alınmıştır. Çalışmaya 43 psikoz, 47 depresyon ve 60 alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan hasta katılmıştır.

Yeme tutumunu ölçmek amacıyla hastalara Yeme Tutumu Testi (YTT) ve demografik bilgi formunda yer alan sorular sorulmuş ve cevaplar formlara kaydedilmiştir. YTT ile yapılan uygulama sonucunda yeme bozukluğu görülme riski %8 olarak bulunmuştur. Klinik tanılara bakıldığında psikoz hastaların %2.32'sinde, depresyon hastaların %6.38'inde ve alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların %13.33'nde yeme bozukluğu görülme riski olduğu belirlenmiştir. Klinik tanılar ile yeme tutumu arasındaki ilişkiye bakılmak amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmış ve anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yeme tutumu puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Kadınlarda yeme bozukluğu görülme riskinin erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Yeme tutumu puanı ile medeni durum, sosyoekonomik durum algısı, eğitim durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yeme tutumu puanı ve beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış ancak beden kitle indeksi alt sınırını aşmış hastaların %50'sinde yeme bozukluğu görülme riski olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak yapılan çalışmayla yeme tutumu ve yeme bozukluğu yaygınlığı ile ilgili literatüre katkı sağlanmıştır. Yeme bozukluğu ile ilgili farkındalığın artırılması, olguların tedaviye yönlendirilmesi ve koruyucu halk sağlığı önlemlerin alınmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psikoz, Depresyon, Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, Yeme Tutumu

ABSTRACT

The aim of the study was to investigate eating attitude on inpatients with psychosis, depression, alcohol and substance use disorder. Between February 2019 and June 2019, a total of 150 patients who were hospitalized in psychiatry and AMATEM clinics participated in the study. The study included 43 patients with psychosis, 47 with depression and 60 with alcohol and substance use disorder.

Eating Attitude Test (EAT) and demographic information form questions were asked to measure the risk of eating attitude and the answers were recorded. As a result of the application with EAT, the risk of eating attitude was found to be 8%. When the clinical diagnoses were examined, it was found that 2.32% of the patients with psychosis, 6.38% of the patients with depression and 13.33% of the patients with alcohol and substance use disorder had an eating disorder risk. One-way analysis of variance was performed to determine the difference between eating attitude and clinical diagnoses. A significant difference was found between eating attitude score and gender. The risk of eating disorders was higher in women than in men. No significant difference was found between eating attitude score and marital status, socioeconomic status, education level, smoking, alcohol use and substance use. No significant relationship was found between the eating attitude score and body mass index, but 50% of the patients who exceeded the lower body mass index had a risk of eating disorder.

As a result, the study contributed to the literature on the prevalence of eating attitude. There is a need to raise awareness about eating disorders, to refer patients to treatment and to take preventive public health measures.

Key Words: Psychosis, Depression, Alcohol and Substance Use Disorder, Eating Attitude

TEŞEKKÜRLER

Tez yazım süreci boyunca bana her türlü bilgi ve desteği sağlayan tez danışmanın Sayın Doç. Dr. Gül Eryılmaz'a teşekkür ederim.

Tez yazım süreci boyunca benden yardımını esirgemeyen, eğiticiliği ve insanlığı ile her zaman örnek aldığım idolüm, hocam Sayın Osman Amil'e çok teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca bana manevi ve maddi her türlü desteği sağlayan ve her zamanda yanımda olan annem Ayşe Öztürk'e, babam İsmail Öztürk'e ve hayatımın en değerli varlığı olan kardeşim Osman Öztürk'e teşekkür ederim. Aile olmanın gücünü daima hissettiren Öztürk ve Kula ailelerine çok teşekkür ederim.

İki yıllık yüksek lisans eğitimin boyunca desteklerinden dolayı Ekolojik Kreş Ailesine, yardımları ve desteği için kuzenim Fatmanur Yurtseven'e, dost kelimesinin yanına yakışan Büşra Aydın'a, Elvan Kaçar'a ve Tuğba Çocuk'a; İstanbul'u bana anlamlı kılan, düştüğümde kalkmama yardımcı olan, heyecanlarımı ve mutluluklarımı benimle paylaşan Melike Yücel'e ve Gülten Taflioğlu'na, son olarak uzakları yakın eden en güzel duama çok teşekkür ederim.

TESLİME MERVE ÖZTÜRK

BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi: Psikoz, Depresyon, Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu’ adlı çalışmanın kendi çalışmama olduğunu, planlamasından yazımını kadar etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tez içeriğindeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi ve yararlandığım eserleri kaynakçada belirtildiğimi beyan ederim.

Tarih

Teslime Merve Öztürk

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı, Önemi ve Hipotezler	2
GENEL BİLGİLER	4
2.1.Yeme Tutumu	4
2.1.Yeme Bozukluğu	5
2.2.1.Anoreksiya Nervoza	5
2.2.2.Bulimia Nervoza	6
2.2.3.Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu.....	7
2.2.4.Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi	8
2.2.5.Yeme Bozukluklarında Risk Faktörleri ve Etiyoloji	9
2.2.6.Yeme Bozukluklarında Tedavi	11
2.2.7.Beden Kitle İndeksi	11
2.3. Psikoz.....	12
2.3.1. Psikozun Klinik Belirtileri ve Tanı Ölçütleri.....	12
2.3.1.1.Şizofreni.....	13
2.3.2. Psikoz Epidemiyolojisi	13
2.3.3. Psikoz Etiyolojisi	14
2.3.4. Psikoz Tedavisi.....	15
2.4.Depresyon	16
2.4.1.Klinik Belirtiler ve Tanı Ölçütleri	17
2.4.2.Depresyon Alt Tipleri	18
2.4.2.1. Majör Depresyon	18
2.4.2.2. Distimi	19
2.4.3.Depresyon Epidemiyolojisi.....	19

2.4.4. Depresyon Etiyolojisi	19
2.4.5. Depresyon Tedavisi	21
2.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	23
2.5.1. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri	24
2.5.2. Sigara	24
2.5.3. Alkol	25
2.5.4. Kannabis (Esrar)	25
2.5.5. Amfetamin ve Kokain	26
2.5.6. Halüsinojenler	26
2.5.7. Opiyatlar	27
2.5.8. İnhalanlar	27
2.5.9. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Edipemiyolojisi	27
2.5.10. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	28
2.5.11. Alkol Ve Madde Kullanımı Bozukluğunda Tedavi Yöntemleri	32
2.6. İlgili Literatür	33
2.6.1. Yeme Tutumu ve Psikoz	33
2.6.2. Yeme Tutumu ve Depresyon	34
2.6.3. Yeme Tutumu ve Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	35
GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	37
3.2. Veri Toplama Araçları	37
3.2.1. Demografik Bilgi Formu	37
3.2.2. Yeme Tutumu Testi	37
3.3. Uygulama	38
3.4. İstatistiksel Yöntem	39
BULGULAR	40
4.1. Katılımcıların Demografik Verilerin Sayı ve Yüzdeler Dağılımı	40
4.2. Psikoz, Depresyon ve Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Yeme Tutumu Puanının Farklılaşma Düzeyine İlişkin Bulgular	44
4.3. Yeme Tutumu Puanının Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular	45
4.4. Yeme Tutumu Puanının Medeni Duruma Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular	46

4.5. Yeme Tutumu Puanının Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin	
Bulgular	47
4.6. Yeme Tutumu Puanının Sosyoekonomik Duruma Göre Farklılaşmasına İlişkin	
Bulgular	47
4.7. Yeme Tutumu Puanının Sigara Kullanımına Göre Farklılaşmasına İlişkin	
Bulgular	48
4.8. Yeme Tutumu Puanının Alkol Kullanımına Göre Farklılaşmasına İlişkin	
Bulgular	48
4.9. Yeme Tutumu Puanının Madde Kullanımına Göre Farklılaşmasına İlişkin	
Bulgular	49
4.10. Yeme Tutumu Puanının ile BKİ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin	
Bulgular	49
TARTIŞMA	51
5.1. Epidemiyolojik Özellikler.....	51
5.2. Sosyodemografik Özellikler	51
5.3. Eş Tanı	54
SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1 Sonuç	56
6.2. Öneriler	57
KAYNAKLAR	58
EKLER	69
Ek 1: Demografik Bilgi Formu	69
Ek 2: Yeme Tutumu Ölçeği	70
Ek 3: Etik Kurul Onayı	72
Ek 4: Kurum İzinleri	74
ÖZGEÇMİŞ	78

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Demografik verilerin sayı ve yüzdelerik dağılımı	40
Tablo 2: Psikoz hastalarının demografik verilerinin sayı ve yüzdelerik dilimleri	41
Tablo 3: Depresyon hastalarının demografik verilerinin sayı ve yüzdelerik dilimleri.....	42
Tablo 4: Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarının demografik verilerinin sayı ve yüzdelerik dilimleri.....	43
Tablo 5: Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş ortalamaları	44
Tablo 6: Yeme tutumu puanı alt sınırını aşmış hastaların klinik tanılarına göre dağılımı	44
Tablo 7: Psikoz, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların yeme tutumu düzeyleri	45
Tablo 8: Yeme tutumu puanının cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin bulgular	46
Tablo 9: Yeme tutumu puanının medeni durumuna göre farklılaşmasına ilişkin bulgular	46
Tablo 10: Yeme tutumu puanının eğitim durumlarına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular	47
Tablo 11: Yeme tutumu puanının sosyoekonomik duruma göre farklılaşmasına ilişkin bulgular	47
Tablo 12: Yeme tutumu puanının sigara kullanımına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular	48
Tablo 13: Yeme tutumu puanının alkol kullanımına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular	48
Tablo 14: Yeme tutumu puanının madde kullanımına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular	49
Tablo 15: Yeme tutumu puanı ile beden kitle indeksi puanı arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular	49

Tablo 16: Beden kitle indeksi alt sınırı puanının aşmış hastaların yeme tutumu puanı ile arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular 50



KISALTMALAR DİZİNİ

YB: Yeme Bozukluğu

AN: Anoreksiya Nervoza

BN: Bulimia Nervoza

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BMI: Body Mass Index

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabına (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

KİT: Kişilerarası İlişkiler Terapisi

YYT: Yeme Tutumu Testi

EAT: Eating Attitude Test

TCH: Delta-9-Tetrahidrokanabinol

LSD: Liserjik Asit Dietilamid

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılık İzleme Merkezi

1. GİRİŞ

Beslenme, her canlının yaşamını devam ettirmesi için zorunlu olan, büyüme, gelişme ve üreme gibi süreçleri etkileyen bir davranıştır. Yetersiz ve dengesiz beslenme kişilerde birçok sağlık problemine yol açmakta ve gelişimi olumsuz etkilemektedir. Beslenme, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik bir davranıştır (Çalışır ve ark., 2005). Yeme tutumu beslenmeyi, yeme davranışlarını ve yeme bozukluklarını oluşturan bir kavramdır. (Değirmenci, 2006)

Yeme bozukluğu (YB) yüzyıllardır farklı şekillerde ortaya çıkmakla birlikte günümüzde yaygınlığı artmış ve ciddi klinik sorunlara yol açmıştır (Brownell ve ark., 1995). Yeme bozukluğu aşırı yemek yeme, yemek yemeyi kısıtlama, yemek yemeyi reddetme, yenen yemeğin çeşitli yollarla vücuttan atılmasını sağlama, yiyecek miktarının kontrol edilememesi gibi yeme davranışlarının sergilenmesidir (Tam ve ark., 2007).

Yeme tutumu kişinin duygusal, bilişsel ve sosyal durumlarıyla ilişkilidir. Karşılaşılan olumlu veya olumsuz duygularla baş edilememesi sonucunda beslenme ve yeme bozuklukları ortaya çıkabilir. Bu bozukluklar Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'na (DSM-5) göre anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu, pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ve tanımlanmamış yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2013; akt. Köroğlu, 2014). Yeme davranışı sırasında ortaya çıkan duygusal değişiklikler yeme davranışının niceliğini ve niteliğini değiştirerek psikopatolojik süreçlere yol açmaktadır (Güleç Öyekçin ve Deveci, 2012).

Yapılan araştırmalar beslenmenin ödül sistemi ile ilişkisine odaklanmıştır. Beyin ödül sisteminin haz alma süreçleri besin maddelerinin aşırı tüketilmesiyle sonuçlanmaktadır. Lezzetli besinlerin insanlarda ve hayvanlarda beyin ödül merkezlerinin aktivasyonunu arttırdığı saptanmıştır (Güleç Öyekçin ve Deveci, 2012). Ödül merkezine aşırı cevap veren kişilerin yeme davranışında artış görülme riski yüksektir (Val-Laillet ve ark., 2015).

Yeme bozuklukları birçok psikiyatrik bozuklukla yüksek eş tanı göstermektedir. Duygudurum bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ile yeme bozukluğu arasında eş tanının varlığı bilinmektedir. Bazı psikiyatrik rahatsızlıklar yeme bozukluğu için risk etkeni

oluştururken, yeme bozukluğu da psikiyatrik rahatsızlıklar için risk faktörü olabilir(Lilenfeld ve ark., 1998). Yeme bozukluğu olan hastaların tedavi için başvurma oranı azdır ve çoğu hasta tedaviden yoksundur (Semiz, 2011). Yapılacak olan çalışmalar yeme tutumunun epidemiyolojik özelliklerini anlamaya yardımcı olacaktır.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan ve tüm dünyada geçerliği olan sınıflandırma kitapçığı Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) psikiyatride klinik tanıların konulmasına yardımcı olmaktadır. DSM, kuramsal çerçevede psikiyatrik rahatsızlıkların doğasına ve uygulamaya yönelik açıklamalarıyla günümüz psikiyatri anlayışını temsil etmektedir. İlk olarak DSM-III ile başlayan klinik tanı kriterleri güncellenerek günümüzde DSM-5'te karşımıza çıkmaktadır. DSM-5 psikiyatrik tanı kriterlerinin ve tanı koyma sürecinin standart ve güvenilir hale gelmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış ve günümüzde tanı koyma sürecinden kullanılan bir kitaptır (Atbaşoğlu ve Gülöksüz, 2013).

Yapılan araştırmaya DSM-5 klinik tanı kriterlerine göre, psikoz, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar katılmıştır. Bu çalışmada yeme tutumundaki bozulmalarla seyreden yeme bozukluğunun anlaşılmasında etkili olan işlevsel olmayan yeme tutumlarının yatan hastalarda incelenmesi amaçlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Hipotezler

Bu araştırmanın amacı psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış yatan hastaların yeme tutumunun incelenmesidir. Bu amaçla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanımı olan hastaların yeme tutumu düzeyleri birbirinden farklı mıdır?
2. Yeme tutumu olan hastaların cinsiyetleri arasında fark var mıdır?
3. Yeme tutumu olan hastaların medeni durumları arasında fark var mıdır?
4. Yeme tutumu olan hastaların eğitim durumları arasında fark var mıdır?
5. Yeme tutumu olan hastaların sosyoekonomik durumları arasında fark var mıdır?
6. Yeme tutumu olan hastaların sigara kullanımı ile fark var mıdır?
7. Yeme tutumu olan hastaların alkol kullanımı ile fark var mıdır?
8. Yeme tutumu olan hastaların madde kullanımı ile fark var mıdır?

9. Yeme tutumu olan hastaların beden kitle indeksi (BKİ) ile ilişkisi var mıdır?

Hipotezler:

Bu çalışmada aşağıdaki hipotezler öngörölmüştür:

1. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların yeme tutumu düzeyi psikoz ve depresyona hastalarına göre farklılık göstermektedir.
2. Yeme tutum düzeyi yüksek olan hastaların beden kitle indeksi daha düşüktür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yeme Tutumu

Beslenme, hayatın devamlılığını sağlayan fiziksel bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyaç anne karnında başlar ve doğumla birlikte bebek ve anne arasında psikolojik bir ilişki içinde beslenme sürecine dönüşmektedir. Beslenme süreci ilişki ile desteklenerek devamlılık göstermektedir. Büyüme ile birlikte kişi tarafından öznel hale gelerek ve davranış biçimi olarak 'tutuma' dönüşür (Burç, 2015).

Yeme davranışı içsel ve dışsal süreçlerden etkilenen bir kavramdır. Fizyolojik, psikolojik, kültürel ve sosyolojik faktörler yeme davranışı üzerinde etkilidir. Kişiler her zaman fizyolojik bir ihtiyaç olarak yemek yemeye yönelmeyebilir, duygusal ihtiyaçlarını gidermek amacıyla da bu davranışı sergileyebilir. Yeme psikopatolojisi alanında yapılan çalışmalar yemeğin duygusal anestezi olduğunu vurgulamaktadır (Sen ve ark., 2013). Kişiler hem bazı sağlık problemleri nedeniyle kilolarını kontrol altına almaya çalışırken hem de daha çekici bir bedene sahip olma arzusuyla yeme davranışını kontrol etmeyi istemektedir. Kilo kontrolünü sağlamaya çalışmak için başvurdukları tüm eğilimler yeme tutumunu oluşturmaktadır (Erbaş, 2015).

Yeme tutumu kişinin yeme ve beslenme ile ilgili davranış şekillerini oluşturan bir eğilim olarak tanımlanabilir. Normal ve normal dışı kabul edilen davranış eğilimleri bireyin yeme tutumu hakkında bilgi vermektedir (Sarısoy ve ark., 2013).

Yeme tutumunun temelinde yer alan bireysel ve toplumsal faktörler incelendiğinde özellikle bireysel faktörlerin kişilerin duygularını tanıma, yönetme, duyguları ortaya çıkarma veya örtbas etme gibi durumların etkili olduğu savunulmaktadır (Sevinçer ve Konuk, 2003). Yeme tutumu kişinin yaşantısını etkileyerek sorunlara neden olan ve hayat kalitesini ve işlevini etkileyen davranışlardır. Yeme tutumu işlevsellikte bozulmaya neden olabileceği gibi, fiziksel, psikolojik ve sosyal etkenlerde yeme tutumunu olumsuz yönde etkileyebilir (Usta ve ark., 2015).

Yeme tutumu beslenmenin yanı sıra yeme davranışını gösteren ve yeme bozukluklarını oluşturan bir olgu olarak kabul edilebilir (Değirmenci, 2006). Yapılan çalışmada yeme tutumu ile karakterize olan yeme bozukluğunun anlaşılmasına ve elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

2.2. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları olarak tanımlanan, kişilerin yemek ile sadece fizyolojik ihtiyaçtan dolayı ilişki kurmadıkları, psikolojik süreçlerin, sosyal ve kültürel faktörlerin de etkisiyle sağlıklı olmayan tutumları barındıran psikiyatrik rahatsızlıklardır (Fairburn, 2008).

Yeme bozukluğu, aşırı yemek yeme, yemek yemeyi reddetme, yemek yeme davranışın kısıtlanması, yemek olmayan maddelerin yenilmesi, yenen yemeğin sindirilmeden vücuttan atılması ya da karşı konulamaz ve zamansız yemek yeme isteğinin var olmasıdır (Tam ve ark., 2007).

APA'nın DSM-5 tam kitabında yer alan yeme bozuklukları şöyledir: (APA, 2013; akt. Köroğlu, 2014).

- Anoreksiya nevroza (AN),
- Bulimia nevroza (BN),
- Tikanırcasına yeme bozukluğu (TYB),
- Pika,
- Ruminasyon bozukluğu,
- Kaçingan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu,
- Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu.

2.2.1. Anoreksiya Nervoz

Anoreksiyanın sözcük anlamı 'tedirginliğin ortaya çıkardığı iştahsızlıktır'. Anoreksiya nervozanın (AN) temelinde yoğun bir kilo alma korkusundan dolayı düşük vücut ağırlığının korunması yatar (Butcher ve ark., 2013;akt. Gündüz, 2013).

Genel olarak 12-18 yaşları arasında başlayan anoreksiya nevroza, bir ergenlik dönemi hastalığıdır. Belirtilerin ilk ortaya çıkışı 10-20 yaşları arasındadır. Hastalık başlamadan önce normalin biraz üstünde kiloya sahip olabilirler. İlk belirtiler yeme alışkanlıklarındaki değişikliklerdir. Kalabalık ortamlarda yemek yememe, sofraya oturmama, sıkı diyet yapma, karbonhidrat ve yağ içeren yiyeceklerden kaçınma görülmektedir. Bunun yanı sıra hastaların yiyeceklerle aşırı ilgisi vardır. Başkaları için yemek hazırlama, yemek tarifleri toplama, yiyeceklerin kalori hesabını yapma, başkaları

için yemek hazırlayıp kendisinin yememesi dikkat çekmektedir. Bu hastalar yiyeceklerini çok küçük parçalara ayırır ve yiyecekleri normalden çok daha uzun sürede tüketirler. Hastalık eğer adet döneminden önce başladıysa kızlarda adet dönemi gecikebilir veya görülmez. Adet döneminden sonra hastalık başladıysa adet düzensizlikleri görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

AN hastaların beden algısında bozulmalar vardır. Besin alımının kısıtlanması, alınana besinin vücuttan geri atımı için uygulanan sağlıksız yöntemler, aşırı egzersiz gibi beden ağırlığını kontrol etmeye yönelik davranışlara beden algısında bozulmalar eşlik etmektedir (Erbay ve Seçkin, 2018). Hastalığın en tipik özelliği aşırı zayıflamaya rağmen kişinin kendisini şişman hissetmesi veya şişmanlamaktan korkmasıdır. Hastanın kilo kaybı yakınlarını kaygılandırarak düzeye ulaştığında bile hasta şişman olduğunu düşünerek kilo vermesi gerektiği inancını devam ettirir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

2.2.2. Bulimia Nervosa

Bulimianın sözcük anlamı Yunanca bous (öküz) ve limos (açlık) kelimelerinden gelmektedir. Bulimia insanın 'bir öküzü yiyebileceği' şiddetteki açlığı belirtmek için kullanılmıştır (Butcher ve ark., 2013; akt. Gündüz, 2013). Bulimia nervosa, aşırı yemek yeme, kilo alma ve diğer taraftan kilo almayı durdurma çabaları ile süregiden bir rahatsızlıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

BN beden ağırlığını kontrol etmek için kullanılan davranışları kapsayan bir tablodur. Hastalar aşırı yeme davranışlarını telafi etmek ve kilo alımını engellemek için kusma, müşil kullanma, egzersiz yapma gibi davranışlar sergilemektedirler (APA, 2013; akt. Köroğlu, 2014).

BN hastaları ileri derecede şişman olan hastalardan farklıdır. Hasta aşırı yeme nöbetine girebilir ve tüm korkusuna, üzüntüsüne, çabasına rağmen yeme isteğini durduramaz, kontrol edemez. Sonrasında ise pişmanlık ve şişmanlama korkusuyla yediklerini kusar, çıkartır. Kilo almayı önlemek için iştah kesici ilaçlar kullanabilir veya yemek sonrasında yediklerini çıkartmak için müşil veya benzeri ilaçlar kullanabilir. Bu hastalar çoğu zaman kilolu değildirler. Kilo alınca şikayet ederler. Yaşamalarının büyük bir bölümünde yemek ve yememek arasında ikilemde kalırlar. Yeme isteğinin ağır basması sonucunda kendini kontrol edemezler. Hastaların çoğu kendini eleştiri ve yeme

davranıştan rahatsızdır. Hastalar çökkün bir duygudurum içinde olabilirler (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

AN ve BN hastalarında şişmanlamaktan korkmak ortak özellikler arasındadır. Şişmanlama korkusu bulimia nervozanın gelişimini açıklamaya yardımcı olur. Bulimia nervoza hastalarında, ince olma isteğiyle önce yeme kısıtlamaları görülmektedir. Hasta ilk aşamalarda diyet yapar, kalori hesabına göre beslenir. Ancak zamanla kısıtlamaları kaldırmaya başlar. Karbonhidrat ve yağ içeren veya şekerli yiyecekleri tüketmeye başlar. Aşırı yemeden sonra iradesini tekrar kontrol etmeye çalışarak kusmaya, diyet yapmaya, aşırı egzersiz yapmaya ve müshil kullanmaya başlar. Bu döngüyü yaşamı boyunca sürdürür (Butcher ve ark., 2013; akt. Gündüz, 2013).

AN ve BN hastaları arasındaki farklılıklardan biri bulimikler davranışlarının sağlıksız olduğu kabul etmekte anorektikler ise davranışlarının sağlıksız olduğunu kabul etmemektedirler. Bulimikler anorektiklere göre daha normal kilodadırlar. Diğer bir farklılık ise bulimikler olumsuz davranışlarını gizli yapmaya çalışırken ve yaptıkları davranışlardan olayı utanç duyarken, anorektikler kilolarını kontrol ettiklerini ve sağlıklı beslendiklerini düşündüklerinden dolayı kendileriyle övünmektedirler (Siyez, 2006).

2.2.3. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Kişinin yeme davranışını kontrol edemeyerek çoğu insanın yiyebileceği yiyeceği kısa süre içinde yemesidir. DSM-5'e göre tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) tanısı konulması için ortalama iç ay içinde haftada bir kez kontrol edilemeyen yeme davranışının tekrar etmesi gerekmektedir. Yeme dönemlerine olağandan çık hızlı yeme, rahatsızlık edecek düzeyde aşırı yemem, fizyolojik açlık hissetmemesine rağmen yeme, kontrol edemediği ve aşırı miktarda yediği için utanç duyma ve diğer insanlardan gizli yeme, yeme davranışı sonrasında kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama gibi durumlar eşlik etmektedir (APA, 2013; akt. Köroğlu, 2014).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu tanısı alan kişi, bulimia nervoza tanısı alan kişilerle benzer belirtilere sahip olsa da farklılıklar vardır. Tıkanırcasına yeme tanısı alan kişi bulimia nervoza hastası gibi tıkanırcasına yer ancak sonrasında kilosunu kontrol altında tutmak için ödünleyici bir davranışta bulunmaz. Yediğini çıkarma, müshil kullanma, aşırı egzersiz yapma, oruç tutma gibi davranışlar görülmemektedir.

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun aşırı kilo ve obezite ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir (Hudson ve ark., 2007).

2.2.4. Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi

YB yaşam boyu görülme sıklığı kadınlarda yaklaşık %3,5 erkeklerde %2'dir. Bulimia nervozanın yaşam boyu görülme sıklığı kadınlarda %1,5 erkeklerde %0,5'tir. Anoreksiya nervozanın yaşam boyu görülme sıklığı kadınlarda %0,9 erkeklerde %0,3'tür (Hudson ve ark. 2001). Cinsiyetlere göre baktığımızda kadınlarda yeme bozukluğuna daha sık rastlanılmaktadır (Kocabaşoğlu, 2001).

Ülkemizde konu ile ilgili araştırmalar ve veriler kısıtlı sayıdadır. Ülkemizde 2907 öğrenci ile görüşülerek yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu oranı %2,33 olarak bulunmuştur (Vardar ve Erzen, 2011). Sadece kız öğrencilerin dahil edildiği bir çalışmada ise yeme bozukluğu oranı %17,1 olarak tespit edilmiştir (Uzun ve ark., 2011). Sivas ilinde yapılmış bir çalışmaya göre yeme bozukluğu yaygınlığı %1,52 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada anoreksiya nervozanın kız ergenlerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Semiz, 2011).

Yeme bozukluklarının yaygınlık oranı ülkelere göre değişmektedir. Araştırmaların çoğu Avrupa ve Amerika'da yapılmış olsa da Asya ve Afrika'da da yapılan çalışmalar mevcuttur. AN ve BN Japonya, Hong Kong, Tayvan, Singapur ve Kore'de klinik sorun haline gelmiştir (Lee ve Katzman, 2002).

Yeme bozukluklarının tanı konulma kriterleri bazı kültürlerle göre değişmektedir. Örneğin, Hong Kong'daki AN hastalarının yaklaşık %58'inde aşırı ve yoğun kilo endişesi görülmez. Hindistan, Pakistan, Bangladeşli hastalarda şişmanlık fobisine işaret eden bulgulara daha az rastlanır (Lee ve Katzman, 2002).

Yeme bozukluğu klinik tablolarının ortaya çıkışı kültürlerden etkilenebilir. BN batı kültürünün zayıflığa önem vermesi, ideal ve modern yaşam tarzı etkisinde daha fazla öne çıkmaktadır. AN ise bu durumdan daha az etkilenmektedir. Buradan yola çıkarak bulimianın kültüre bağlı bir sendrom olabileceği, anoreksiyanın ise kültüre bağlı olmadığı sonucuna ulaşabiliriz (Butcher ve ark., 2013; akt. Gündüz, 2013).

2.2.5. Yeme Bozukluklarında Risk Faktörleri ve Etiyoloji

Yeme bozukluğunu etkileyen faktörler incelendiğinden cinsiyet ve yaşın önemli bir etken olduğu görülmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği AN görülme sıklığının 15-19 yaşları arasında arttığı ve hastaların %40'ının yaş grubu aralığında yer aldığını bildirmektedir (Vançelik ve ark., 2007). BN vakalarının çoğu ise üniversite döneminde ve 25 yaşından önce ortaya çıkmaktadır (Fairburn ve ark., 1999). Cinsiyete baktığımızda ise genç kızların erkeklere göre beden estetiğine daha fazla önem verdikleri görülmektedir (Tam ve ark., 2007).

Biyolojik etkenler, AN ve BN tanısı alan hastaların biyolojik akrabaların da bu rahatsızlığı görülme olasılığı yüksektir. AN görülen kişilerin biyolojik akrabalarında bu bozukluğun görülme riskinin sağlıklı kontrol grubundakilere oranla 11,4 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. BN görülen kişilerin biyolojik akrabalarında bu bozukluğun görülme riski sağlıklı kontrol grubundakilere oranla 3,7 kat daha fazladır (Strober ve ark., 2000; akt. Gündüz, 2013).

Beyin görüntüleme çalışmalarında yeme bozukluklarının özellikle de anoreksiya nervozada beynin hem gri hem de beyaz cevherde azalma olduğunu göstermektedir. Serotonin reseptörlerinde, bölgesel kan akımında ve beynin glukoz metabolizmasında da değişiklikler saptanmıştır. Anoreksiya nervozada serotonin reseptörünün işlevinde azalma, bulimia nervozada serotonin reseptör işlevlerinde artma gösterilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Serotoninin fizyolojik etkilerinden biri iştahı düzenleyici görevi görmesidir. Serotonin düzeyindeki bozulma yeme bozukluklarına neden olabilmektedir (Blundell,1984; akt., Öztaş, 1993). Serotonin geri alımını inhibe eden maddeler obez kişilerde vücut ağırlığının azalmasına yol açmıştır (Ferguson ve Feighner, 1988; akt. Öztaş, 1993).

Sosyokültürel etkenler, yeme bozuklukları modern çağ içerisinde artış gösteren bir rahatsızlıktır. Zayıflığın, çekicilik ve incelik kavramının değişmesiyle yeme bozuklukları artış göstermiştir. Kilolu insanların yaşlı ve çekici olmadığı, zayıflığın ise çekicilik ve zarafetle eşleştirilmesi özellikle genç kızlarda zayıf kalma, ince olma arzusunu doğurmuştur (Ertaş, 2006).

Sosyokültürel baskı yeme bozuklukların ortaya çıkmasında büyük bir etkiye sahiptir. Sosyal medya, arkadaş çevresi gibi etkenler özellikle ergenlik döneminde

baskısını arttırmaktadır. Özellikle akran ilişkilerinde diyet yapma konusunda baskı ve dış görünüşe dayalı ilişki kurma ya da ayrımcılık yapma görülmüştür (Helfert ve Warschburger, 2011).

Yeme davranışı etnik kökenimize göre de farklılık göstermektedir (Ertaş, 2006). Dünyanın birçok ülkesinde yeme bozukluğu vakalarına rastlanmaktadır. Dikkat çeken risk etmenlerinden biri de ‘beyaz olmak’tır. Yapılan bir çalışmada bedeninden memnun olmama, zayıf olma arzusu beyaz olanlarda beyaz olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (Wildes ve ark., 2001).

Aile yapısı, çoğunlukla yeme bozukluğunun nedenleri arasında yer almaktadır. Pek çok vaka incelemesinde sorunlu aile ilişkileri göze çarpmaktadır (Ertaş, 2006). Bununla birlikte tipik bir aile profili yoktur. Anne ve babanın aşırı korumacılığı, aşırı denetim, aile üyeleri arasında geçimsizlik öne çıkan davranışlar arasındadır (Strober ve ark., 2000; akt. Gündüz, 2013). Hastalar çoğunlukla anne ve babalarını ‘uzak ve reddedici’ olarak tanımlamaktadır (Değirmenci, 2006).

AN hastalarının aile öyküsünde daha fazla ölüm, ayrılma ruhsal bozukluk, alkol ve madde kullanımı olduğu görülmektedir (Ertaş,2006). AN hastalarının ailesinde mükemmeliyetçilik, duyguların bastırılması, diyet yapma, kilo alma korkusu, ebeveyn çatışmaları gibi özellikler gözlenmektedir (Değirmenci, 2006). Yapılan bir çalışmada aile baskısı sonra diyete başlayanların oranı %55 olarak bulunmuştur (Maner ve Aydın, 2007).

Bireysel etkenler, kişide yeme bozukluğu oluşturan etkenlerden bazıları biyolojik iken bazıları da psikolojiktir. AN hastaları zayıf olmayı hoş giden bir durum olduğu düşüncesi ile zayıflık idealini içselleştirmektedir. Bedeninden memnun olmama, diyet yapma ve olumsuz duygulanım kişinin zayıflık idealini içselleştirmesini sağlayan bir dizi sorunla ilişkilidir (Butcher ve ark., 2013; akt. Gündüz, 2013).

Yeme bozuklukları için risk faktörü sayılan bir diğer etken de mükemmeliyetçiliktir. Mükemmeliyetçi insanlarda ‘mükemmel beden’ peşinden koşma eğilimi görülmektedir (Fairburn ve ark., 1997). Yeme bozukluğu olan hastaların mükemmeliyetçi yapılarının yanında benlik saygılarının da düşük olduğu bilinmektedir (Ertaş, 2006). Kişinin olumsuz duyguları yeme davranışı etkileyen diğer bir etkidir.

Anksiyete, üzüntü, mutsuzluk veya stres gibi duygulara tepki olarak kişi yeme davranışı sergileyebilir (Kocakaya, 2016).

2.2.6. Yeme Bozukluklarında Tedavi

Yeme bozukluğu olan kişiler sıklıkla akrabalarının ve çevresinin baskısıyla tedaviye gelirler. Şiddetli yeme bozukluğu olan hastaların çoğu zorla hastaneye yatırılmak zorunda kalırlar (Strober ve ark., 2000; akt. Gündüz, 2013). Hastalar çok nadir gönüllü olarak tedaviye başvururlar. Bu gönüllü kişilerin bazıları ise yeme bozukluğundan ziyade anksiyete, depresyon gibi sebeplerle yardım istemektedirler.

Yeme bozukluklarında tek bir tedavi yöntemi yoktur. Tedavi psikofarmakoloji, bireysel ve grup terapisi, aile terapisi, bilişsel davranışçı terapi gibi birçok yöntemi barındırmaktadır. Anoresikler ve bulimikler için yapılandırılan tedavi, tıbbi, psikolojik, ailevi ve beslenme alışkanlıklarını içermektedir. Tedavide öncelikle yeterli kilo alımının sağlanması amaçlanır. Fiziksel sağlığın korunmasına, sağlıklı yeme alışkanlığı kazanılmasına önem verilir. Ardından çarpık bilişsel süreçlerin düzenlenmesine, benlik değerinin yeniden yapılandırılmasına, kişilik gelişimine ve aile ilişkilerindeki çatışmaların çözümlenmesine odaklanılır (Robin ve ark., 1998). Tedavi yöntemleri besinsel, davranışsal, bilişsel ve farmakolojik yöntemleri içermektedir.

Farmakoterapi, özellikle AN tedavisinde ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Antidepresanlarda olduğu gibi antipsikotik ilaçların bazıları da serotonin metabolizmasını etkiler. Böylece farmakoterapi ile yeme alışkanlıkları istenilen düzene gelmektedir (Blundell,1984; akt. Öztaş, 1993).

Psikoterapi, YB'nda kullanılan psikoterapi yöntemi ile hastaların olumsuz temel inançlarının değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Hasta ile kurulan terapötik ilişki ile hastaların kendilerine olan farkındalık düzeylerini arttırma, değişim için motivasyon sağlama, kilo kaybına verilen aşırı değer inancının değiştirilmesi, fobik hale gelen kilo alma korkusunun giderilmesi terapinin hedefleri arasındadır (Güleç Öyekçin ve Şahin, 2011).

2.2.7. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Obezite ve aşırı kiloluk sağlığı bozacak şekilde vücutta fazla ve anormal şekilde yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000). Zayıflık (düşük beden kitle indeksi),

kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkileyebilecek kronik bir durum olarak görülebilmektedir. Günümüzde obezite (yüksek beden kitle indeksi) yaygınlaşmasıyla zayıf olma durumu avantaj olarak görülse de kişilerde yetersiz ve dengesiz beslenme birçok sağlık sorununa yol açmaktadır (Flegal ve ark., 2005). Zayıf kişilerin anksiyete ve alkol ve madde kullanımı ile ilgili hastalıklarla, obez kişilerin ise panik bozukluk ve agorofobi ile eş tanı gösterdiği tespit edilmiştir (Sunwoo ve ark., 2011).

Yetişkinlerde vücut ağırlığının belirlenmesi için beden kitle indeksi (BKİ) olarak tanımlanan boya göre ağırlık indeksi kullanılır. BKİ kişinin kilogram olarak ağırlığının, boyunun metrekaresine bölümü ile hesaplanır (WHO, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nin BKİ'yi kullanarak yaptığı ağırlık kategorileri şu şekildedir (Truesdale ve ark., 2008):

- $BKİ < 18,5$ kg/m² **Zayıf,**
- $18,5 \leq BKİ < 25,0$ kg/m² **Normal,**
- $25,0 \leq BKİ < 30,0$ kg/m² **Fazla Kilolu,**
- $30,0$ kg/m² $\leq BKİ$ **Obez**

2.3. Psikoz

Düşünce ve duyunun bozulduğu zihin durumunu 'psikoz' olarak adlandırılmaktadır. Psikoz, kendini, çevreyi ve gerçekliği görme ve anlama yetilerinin değiştiği bir bozukluktur. Bu süreçte çevreye uyum bozulur. Kişi kendini ve gerçekliği normalden farklı algılar (Sagut, 2012).

Psikozun belirleyicileri, sanrılar, dağınık konuşma ve karmaşık davranışlardır. Psikoz tanısı almış bireyler gerçeğe uymayan, kültür içinde kabul edilmeyen, dirençli düşüncelere sahiptirler. Çevrelerinden herhangi bir uyarıcı olmadığı halde çeşitli sanrılara sahip olarak gerçeği farklı şekilde yaşayabilirler. Konuşmaları anlaşılmas ve kopuk olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

2.3.1. Klinik Belirtiler ve Tanı Ölçütleri

Psikoz, birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkili olan bir belirti kümesidir. Psikoz kelime anlamıyla sanrılar veya varsanılar anlamına gelmektedir. Genellikle geçeklik algısında bozulma, dağınık konuşma, duygusal tepkilerde ve iletişim becerilerinde bozulmaların olduğu belirtileri içermektedir (Karakuş ve ark., 2017).

APA'nın DSM-5 tanı kitabında yer alan psikotik bozukluklar şöyledir: (APA, 2013; akt. Köroğlu, 2014).

- Şizofreni,
- Şizofreniform bozukluk,
- Sanrısız bozukluk,
- Şizoaffektif bozukluk,
- Kısa psikotik bozukluk,
- Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk,
- Madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk.

2.3.1.1. Şizofreni

Şizofreninin klinik belirtileri ve bulgularının çok eski zamanlara dayandığı belirtilmektedir. Eski zamanlardaki yazılı metinlerde şizofreni hastalarında karşılaştığımız kendine bakımı azalmış, yaşamlarını boş bir şekilde sürdüren, dini ritüeller veya objelerle aşırı meşguliyet içinde olan, kendini Tanrı, peygamber, mesih olarak gösteren kişilerden söz edilmektedir (Soygür ve ark., 2007).

Şizofreninin en temel özelliği, belirtilerin bir aylık süreyle bulunması ve bulguların en az altı ay süreyle devam ediyor olmasıdır. Belirtiler ve bulgular kişide toplumsal işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır (APA, 2013; akt. Köroğlu, 2014).

Belirtiler pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Sanrılar, baskısı konuşma, fikir uçuşması, saldırgan ve taşkın davranışlar, halüsinasyonlar pozitif belirti kümesinde yer almaktadır. En sık görülen sanrılar düşünce bozukluğu sanrılarıdır. Perseküsyon (kötülük görme) sanrısı, referans (alınanlık) sanrısı, grandiyöz (büyüklük) en sık görülen sanrılardır (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Halüsinasyonlar sanrılardan daha az görülmekle birlikte işitsel, görsel, dokunsal, tad ve koku olmak üzere beş grupta toplanmıştır. Şizofreni hastaların en sık görülen halüsinasyonlar sırasıyla işitsel ve görsel halüsinasyonlardır (Köroğlu, 2015).

2.3.2. Psikoz Epidemiyolojisi

Psikozun epidemiyolojik verileri değişkenlik göstermektedir. Şizofreni toplumda sık görülen bir rahatsızlık olmasına rağmen yaşam boyu yaygınlığı 1,5 olarak kabul edilmektedir. Dünya çapında her yıl yaklaşık 2 milyon yeni vaka ortaya çıkmaktadır

(Songur, 2015). Türkiye’de yapılan bir çalışmada şizofreninin ülkemizde yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bulunmuştur (Binbay ve ark., 2011).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kadın ve erkek arasında görülme yaygınlığının eşit olduğu, erkeklerde başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğu belirtilmiştir. Medeni durumu bekar olanlarda evlilere göre daha yüksek şizofreni görülme riski olduğu bulunmuştur (Ertan, 2008). Yapılan diğer bir çalışmada erkek şizofreni hastalarında bekar ve boşanmış olma durumunun yüksek olduğu saptanmıştır (Koroğlu, 2015).

Başlangıç yaşı erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığındadır (Ertan, 2008). Aile çalışmalarına bakıldığında ebeveynleri sağlıklı olan kişilerde şizofreni görülme oranı %1 iken, hem anne hem de babasında şizofreni olan kişilerin oranı %35’e kadar çıkmaktadır. Annesinde ya da babasının birinde şizofreni olan kişilerde şizofreni görülme oranı %13’tür (Songur, 2015).

Yapılan bir çalışmada psikotik bozuklukların yaşam boyu görülme sıklığı %3.48 olarak bildirilmiştir. Bozukluklara tek tek bakıldığında şizofreni %0.87, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk %0.21, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk %0.42, şizoaffektif bozukluk %0.32, şizofreniform bozukluk %0.07 olarak bulunmuştur (Perala ve ark., 2007).

2.3.3. Psikoz Etiyolojisi

Psikozun oluşumunda tek bir nedenin olmadığı bilinmekle birlikte beyin yapısında ve işlevinde bozukluklar, biyokimyasal etkenler, kalıtsal etkenler, psikososyal etkenler gibi birçok etkenden bahsedilmektedir. Etiyolojinin tek bir neden bağlı olmaması hastalığın tedavisini zorlaştırmakta ve tedavi yaklaşımında birçok yöntem kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Genetik etkenlere bakıldığında şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı %1 oranındadır. Bunun %80 oluş etkenini ise genetik etkenler açıklamaktadır. Yapılan çalışmalarda genetik yapıdaki bazı gen bölümlerinin şizofreni ile ilgili olabileceğini öne sürmektedir (Walsh ve ark., 2008).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ebeveynlerinden biri şizofreni olan çocuklarda hastalığın görülme riski %12 olarak belirtilmiştir. Her iki ebeveyni de şizofreni olan çocuklarda görülme riski ise %40 olarak belirlenmiştir (Güleç, 2007).

Biyokimyasal etkenlere bakıldığında, beyin biyokimyası ile ilgili çalışmalar nörotransmitterler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Şizofreni tablosunda dopamin en dikkat çeken nörotransmitterdir. Mezolimbik yolakta, ventral tegmental alanda ve nukleus akkumbensin akson terminallerinde gerçekleşen aşırı dopaminerjik nöron aktivasyonu psikozun pozitif belirtilerini ortaya çıkarmaktadır. Negatif belirtilerin ise dopamin eksikliğine bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Dopamin düzensizliğinin (disregülasyon) hastalık belirtilerini oluşturduğu düşünülmektedir (Işık, 2006). Serotonin işlevindeki azalma şizofreni belirtilerini arttırabilmektedir. Beyindeki ana inhibitör olan GABA'nın aktivite kaybında dopaminerjik nöronlar üzerindeki inhibe edici etkisi azalmakta bu durum sonucunda dopamin artışı ve şizofreni belirtileri görülmektedir (Işık ve ark., 2015).

2.3.4. Psikoz Tedavisi

Tedavi için yardım arama davranışı ilk semptomlardan yaklaşık yıl sonrasını bulabilmektedir. Bu süreyi etkileyen nedenlerin başında ilk belirtilerin gözden kaçması ve çevre tarafından hasta olduğu için dışlanma kaygısı yer almaktadır (Askey ve ark., 2007).

Erken tanı ile tedavisiz geçen sürenin azaltılması hastalık seyrini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Marshall ve ark., 2008). Yapılan bir çalışmada ilk atak psikoz hastalarında uygulanan erken tanı ve tedavi yöntemlerinin, erken yaşlarda psikoz görülen kişilerde etkin olduğu, kişilerin uzun süreli işlevselliklerini arttırdığı ve semptomların iyileştirdiğini göstermiştir (Amminger ve ark., 2011).

Farmakoterapi tedavide en sık kullanılan ilaçlar antipsikotik ilaçlardır. Antipsikotikler hastalığın tamamen düzelmesini sağlamaz ancak hastanın günlük işlevini korumasına ve nökslerin önlenmesine yardımcı olmaktadır (Genç, 2017). Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların etki mekanizmaları dopamin, serotonin, asetilkolin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesini içermektedir. Farmakoterapi hem psikotik belirtilerin yatışmasını hem de yinelemelerin önleyici etkisini sağlamaktadır. Ancak

uygun ilaç tedavisine rağmen hastaların yaklaşık %50-60'ın pozitif ve negatif belirtileri devam etmektedir (Çetin, 2010).

Elektro şok tedavisi özellikle hastalığın alevlendiği dönemlerde kullanılan semptomların kısa süreliğine kontrol altına alınmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Akut dönemde psikoterapiden daha etkili olduğu düşünülmektedir. Elektro şok tedavisinin yan etkisi hafif düzeyde görülen unutkanlıktır (Genç, 2017).

Bilişsel davranışçı tedavi (BDT) ile hastaların yaşadıkları belirtiler ve belirtilere verdikleri tepkilerin daha işlevsel düzeyde tutulmasını amaçlanmaktadır. Belirti şiddetlerinin azaltılması, yinelemelerin önlenmesi tedavi sürecinde yer almaktadır. Temel inançların düzenlenmesi, algısal düzenlemeler ve işlevsel olmayan düşünce yapılarının değiştirilmesi üzerinde çalışılmaktadır (Çetin, 2010).

2.4. Depresyon

Duygulanım, bireyin uyarıcılara, olaylara, düşüncelere, neşe, öfke, üzüntü, nefret, sıkıntı gibi duygusal tepki gösterme yetisidir. Duygudurum ise bireyin belirli bir süre farklı derecelerde neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içerisinde bulunmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Duygudurum bozukluklarından biri de depresyondur. 'Depresyon' sözcüğü, çökkünlük, kederli hissetme, yaşam kalitesinin azalması, işlevselliğin bozulması anlamlarında kullanılan duygusal bir yaşantıdır. Depresyon kelimesinin kökeni olan 'depress', Latince alçakta olma anlamına gelen 'depressus' tan gelmektedir (Işık ve ark., 2013).

Depresyon, normal üzüntü halinden, ağır ve şiddetli psikotik belirtilere kadar geniş klinik tablolar ortaya çıkarabilen bir semptom kümesidir (Uluşahin, 2003). Depresyon, yaygın psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Tedavi edilmediğinde bedensel ve ruhsal sağlık düzeninde bozulma, ölüm gibi olumsuz sonuçlar yaratırken, doğru tanı ve uygun tedaviyle hastanın yaşam kalitesini artırmak mümkündür (Çelik ve Hocoğlu, 2016).

Depresyon kronikleşme özelliği ve yaşam kalitesinin azalması ve günlük işlevsellikte bozulmalar nedeniyle bütün tıbbi hastalıklar arasında yeti kaybı yönünden 4. sırada yer almaktadır. 2020 yılında ise kalp rahatsızlıklarından sonra dünyada 2. sırada yer alacağı öngörülmektedir (Işık ve ark., 2013).

2.4.1. Klinik Belirtiler ve Tanı Ölçütleri

Depresyonun klinik belirtileri hafif, orta ve ağır derecede görülebilir ve en az iki hafta sürmelidir.

Çökkün duygudurum, depresyonun temel özelliklerinden biridir. Depresyon tanısı konulabilmesi için çökkün duygudurum ve ilgi/zevk alamama belirtilerinin en az birinin olması gereklidir. Çökkün duygudurum, kendini kederli hissetme, mutsuzluk, hüznün, umutsuzluk, karamsarlık, sıkıntı halini de barındırabilir ve devamlılık gösterir. Çökkün duygudurum veya ilgi /zevk almama her gün, günün büyük bölümünde kişide görülmelidir. Psikotik özellikli depresyonlarda çökkün duygudurum daha ağırdır (Işık ve ark., 2013). Sıklıkla tanımlanan eskiden istek ve zevkle yaptığı şeylerden zevk alamama (anhedoni) ilgi alanların azalması çökkünlüğün en temel belirtilerindendir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Bilişsel yetilerde, kayıplar görülür. Hastanın bilinci açıktır ancak ağır durgun ve uyuşuk (stupor) çökkünlüklerde bilinç bulanıklığı izlenebilir. Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınır ancak bu gerçek bir bellek bozukluğu değildir. Unutkanlık yakınması daha çok dikkatini toplayamama, odaklanma eksikliği ile ilişkilidir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Düşünce içeriği, geçmiş pişmanlıklar, acı veren anılar ve gelecek korkusu ve endişesi ile doludur. Geçmiş zaman iyi yaşanmamış ve gelecek karanlık ve umutsuzdur. Kişi tüm bu gidişattan dolayı kendini suçlar ve kendini değersiz görür. Benlik saygısında azalma sonucu değersizlik duygusu yaşar. Kişi kendini ile yaramaz ve yetersiz görür. Suçluluk, değersizlik ve yetersizlik duyguları ağır yaşanmaya başladığında kişi yaşamın anlamsız olduğunu düşünerek ölüm isteği, intihar düşüncesi geliştirerek ve intihar girişiminde bulunabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Düşünce sürecinin yavaşlaması ve olumsuz düşünceler nedeniyle karar vermede zorluk gözlenir. Ayrıca hastalar çeşitli alanlarda takıntılı ve genelde kendilerini suçlayıcı düşüncelerini obsesifruminasyonlarla devam ettirirler. Daha önceden de var olan obsesif ve fobik düşünceler bu dönemde artarak devam edebilir (Çelik ve Hocoğlu, 2016).

Bedensel ve fizyolojik belirtilerde, değişiklikler açıkça görülebilir. Hastaların çoğunda yeme isteği azalır. Kısa süre içinde beklenenden fazla kilo kaybı görülebilir. Yemeklere ve kokulara kaşı tiksinti duygusu oluşabilir. Hastalar genellikle enerji azlığı,

güçsüzlük, halsizlik, çabuk yorulmalardan yakınrlar (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Depresyonda mide ve bağırsak hareketlerinin yavaşlaması sonucunda kabızlık yaşanır (Çelik ve Hocoğlu, 2016). Depresyonun başlangıç dönemlerinde cinsel istek kaybı yaşanır ve en geç düzelen belirtilerden biridir. Depresyonla birlikte hastaların çoğunda insomnia gözlenmektedir. Uykuya dalmada güçlük, uyku süresinde azalma, uykunun sık sık bölünmesi ve erken uyanma yaşanmaktadır (Işık ve ark., 2013).

Davranışsal belirtilerde, psikomotor reterdasyon sıkça izlenen bir tablodur. Çoğunlukla buna toplumsal geri çekilme eşlik eder. Ayrıca psikomotor ajitasyon yaşanan sıkıntı ve bunalımın motor dışavurumudur. Depresyonda anksiyete ve ajitasyon intihar için önemli risk etmenleridir (Çelik ve Hocoğlu, 2016).

2.4.2. Depresyon Alt Tipleri

Depresyonu klinik olarak daha iyi anlamak için çeşitli alt tipleri açısından sınıflandırma ve betimleme çalışmaları yapılmıştır (Aydemir, 2007).

DSM-5'e göre depresyonun alt gruplar içerisinde değerlendirilmesi şöyledir: (APA, 2013; akt. Köroğlu, 2014)

1. Majör depresif bozukluk.
2. Distimik bozukluk.
3. Premenstrüel disfori bozukluğu.
4. Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu.
5. Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu.
6. Tanımlanmış depresyon bozukluğu.
7. Tanımlanmamış depresyon bozukluğu.

2.4.2.1. Majör Depresyon

Depresyon alt tipleri arasında en sık görülen majör depresyondur (Savrun, 1999). Major depresyon çökkün duygudurum, işlevsellikte bozulma, intihar düşüncesinin varlığı ve gerçeği değerlendirmede bozukluk ile ayrılmaktadır (Uluşahin, 2013). Çökkün duygudurum, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yeme problemleri, bedensel yakınmalar, halsizlik ve enerji azlığı, aktivitelerden zevk alamama, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, bilişsel yetide azalma, psikotik düzeyde olabilen suçluluk ve

değersizlik duyguları, tekrarlayan intihar düşüncesi ve ölüm isteği majör depresyonun temel belirtileridir (APA, 2013; akt. Koroğlu, 2014).

2.4.2.2. Distimi

Distimi, 2 yıllık süreyi kapsayan, arada kısa süreli iyilik halinin bulunduğu bir depresyon alt tipidir. Major depresyon melankolik duygudurumu barındırırken, distimi de ise anksiyete belirtileri mevcuttur (Aydemir, 2007). Distimi belirtileri düşük düzeyde ve kronik olarak seyredir. Bu nedenle kişi bu belirtileri kendisinin yapılsa bir özelliği olarak görebilir ve hastanın doğrudan bu yakınmalarla yardım arama davranışında bulunma olasılığı azdır (Yazıcı, 2004).

2.4.3. Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyon tüm dünyada görülen psikiyatrik bir bozukluktur (Cimilli, 2001). Her yaşta görülebilen depresyon özellikle 25-44 yaşları arasında daha sık gözlenmektedir. Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 olarak bildirilmiştir (Olchanski ve ark., 2013). Ülkemizde ise depresyonun yaygınlığı %8 ile %20 arasında bulunmuştur (Doğan ve ark., 1995). Depresif bozukluklar yaşam boyunca erkeklerin %5-12 etkilerken, kadınların ise %10-25'ini etkilemektedir (Klose ve Jacobi, 2004).

Depresyon ile medeni durum arasında da bir ilişki olduğu saptanmıştır. Depresyon riski bekarlarda, ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış olanlarda evli olan bireylerden daha yüksek çıkmıştır. Depresyon riski ayrı yaşayan, boşanmış ve dul bireylerde daha yüksek çıkarken evli bireylerde depresyon riski azdır (Doğan ve ark., 1995).

2.4.4. Depresyon Etiyolojisi

Günümüzde depresyonun etiyolojisi tam olarak bilinmese de oluş nedenlerini biyolojik, genetik ve psikososyal başlıklar altında toplamak mümkündür (Üçel, 2016).

Biyolojik etkenlere bakıldığında, depresyonun biyolojik etkenlerine yönelik ilk hipotez 1950'li yıllarda duygudurum yükselticilerin keşfedilmesi ile anlaşılmıştır. Merkezi sinir sisteminde Monoaminoksidaz enzim inhibasyonunun keşfedilmesi depresyonun biyolojik yönüne dikkat çekmiştir (Albayrak ve Ceylan, 2004). Diğer bir gelişme ise Trisiklik antidepressanların keşfi ve biyokimyasal etkileri üzerine yapılan araştırmalardır (Üçel, 2016).

Depresyonda beyin omurilik sıvısında norepinefrin düzeyi ve idrarda norepinefrinin düşük olduğu bulunmuştur. Norepinefrin düzeyini düşüren ilaçların depresif belirtilere yol açtığı gözlenmiştir (Yemez ve Alptekin, 1998). Depresyon hastalarında serotonin düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle öz kıyım sonucu ölen kişilerde nöroepinefrin ve serotonin düzeylerinde düşüklük olduğu belirlenmiştir (Balcıoğlu, 1999). Dopaminin Diğer biyolojik aminler gibi dopaminin de depresyonda azaldığı belirtilmektedir. Özellikle psikomotor yavaşlığı ve öz kıyım eğilimli olan hastalarda dopamin düzeyi düşüktür (Yemez ve Alptekin, 1998).

Genetik etkenlerde bakıldığında ikiz çalışmalarında genetik geçişlerin olduğu gösterilmiştir (Ersan ve Abay, 2001). Yapılan aile ve evlat edinme çalışmalarında majör depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon görülme riskinin arttığı ve biyolojik anne ve babasında depresyon olan çocukların depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Holmans ve ark., 2007). Birinci derece akrabasında depresyon olan kişilerde depresyon görülme sıklığı yaklaşık 3 kat artmaktadır (Işık ve ark., 2013).

Psikososyal etkenler incelendiğinde;

Psikanalitik Görüş: Depresyon ve yas arasındaki benzerlikler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Aralarındaki fark ise depresyonda ‘agresyonun bireyin kendisine yönelmesi’ ile açıklanmıştır. Bu kurama göre kaybedilen sevgi nesneyi içe atılır ve benlikte saklanır. Bu sevgi nesnesine karşı olumlu duygular olduğu gibi öfke, nefret gibi olumsuz duygularda benlikte yer alır. Kişi yasadan farklı olarak bu duygular nedeniyle kendisini suçlar, agresyonu-öfkeyi kendisine yansıtır ve benlik saygısında düşme olur (Yemez ve Alptekin, 1998).

Depresyondaki içe atma gerçekte olan savunma mekanizmasının tersi yönde işlev görür. İçe atılan nesne egonun bir bölümü haline gelir. Süperegonun egoyu baskılaması sıkıştırması durumunda ego boyun eğer. Süperegonun ego üzerindeki baskısı katlanılmaz duruma geldiğinde intihar görülebilir. Ego savaşmayı bırakmış ve kendilik değerindeki fazla yeti yitiminden dolayı kendini ölüme terk etmiştir. Depresyondaki intihar eylemleri daha aktiftir. Bu süperegonun cezalandırıcı, boyun eğdirici eyleminden kaynaklanmaktadır (Brenner, 1991).

Davranışçı Görüş: Depresyonun uygun ödüllendirmelerin olmayışı ve uygunsuz tepkilerle bağlantılı olarak devam ettiği üzerinde durulmuştur (Yemez ve Alptekin, 1998).

Depresif bireyler az sayıda kişiler arası ödüllendirici davranışlara bağlanır. Yetersiz sosyal ilişkiler ve azalmış sosyal pekiştireçler kişide olumsuz duyguların gelişmesine yol açmaktadır (Abramson ve ark., 1978). Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre kişilerin, çocukluktan itibaren çaresizlik duygularını kontrol etme çabaları işe yaramamıştır. Bu durumda kişi karşılaşılan olumsuz durumlarla baş edemeyeceği duygusuyla kendisini depresyona bırakmaktadır (Işık ve ark., 2013).

Bilişsel Görüş: Bilişsel görüşe göre depresyonun temel patolojisi bilişsel süreçlerdir. Bireyin kendisi ve çevresi ile ilgili algılamaları, değerlendirmeleri, yorumlarındaki çarpıtmalar olumsuz duygulara neden olmaktadır. Bu kalıplaşmış temel şemalar kişide karamsarlık, çaresizlik, yetersizlik duygularını uyandırır (Yemez, Alptekin, 1998).

Depresyonda üç temel bilişin aktif olmasıyla kişi kendisi, dünyası ve geleceğini olumsuz görmeye başlar. Bu bilişler istemsiz ve engellenemez bir biçimde ortaya çıkmaktadır ve 'otomatik şema' adını almaktadırlar. Bu düşünceler otomatiktir ve farkın varmadan ortaya çıkar ve depresyonun devam etmesine yol açarlar (Işık ve ark., 2013).

2.4.5. Depresyon Tedavisi

Depresif bozuklukların tedavisi öncelikle olarak doğru tanı konulması ve tedavi amaçların uygun olarak belirlenmesini içerir. Tedavide akut dönem ve sürdürüm dönem olmak üzere 2 faz vardır. Akut dönem 6-12 haftayı kapsar. Bu dönemde belirtilerin remisyonu ve önceki işlevsellik düzeyine ulaşmak amaçlanır. Hatayla yapılan işbirliği, psikoeğitim, tedavi planının doğru uygulanması ve tedavi yanıtının değerlendirilmesi önemlidir. Sürdürüm dönemi ise 6 ay ve daha uzun süren zamanı kapsar. Yinelenmesinin önlenmesi amaçlanır. Bu dönemde hasta ile uzun süreli ilaç kullanımı konusunda eğitim verilmesi ve ilaç ile terapi ikilisinin uygun şekilde devam ettirilmesi önemlidir (Kennedy ve ark. 2004).

Tedavide dikkat edilecek konulardan biri de intihar riskidir. İlk görüşmeden itibaren intihar isteğinin varlığı ve intihar girişimi olup olmadığı sorulmalı ve tedavi planına dahil edilmelidir (Örsel, 2004).

Antidepresan İlaçlar: Geçmişten günümüze başta depresyon olmak üzere diğer psikiyatrik bozuklukların tedavisinde antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. Depresyon ilaçları etki mekanizmaları, ilaç etkileşimleri, yan etkileri açısından farklılık göstermekte birlikte etki hızları ve etkinlikleri açısından birbirinden farklı değildir. Antidepresan ilaç seçiminden yan etkiler ve diğer ilaçlarla olan etkileşimi göz önüne alınmalıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Antidepresan ilaçların etkinliği 1-3 hafta içerisinde başlamaktadır. Bu süre içerisinde genel işlevsellik düzeyinde düzelmeler başlar. Uyku düzeni, yeme alışkanlıkları, duygusal ve toplumsal alanda düzelmeler başlar. Antidepresif ilaçların etkinliği ve hastalık üzerindeki geri dönüşü için 4-6 haftalık süre zorunludur. Bu süre içinde yeteri düzeyde yanıt alınmadıysa aynı ilaçla devam edilmemeli ve başka gruptan bir ilaç seçilmelidir. Tedaviye yanıt alındığı durumlarda 6-12 haftaya kadar ilaç tedavisi devam etmeli ve sonrasında aylar içerisinde azaltılarak ilaç etkinliği kesilmelidir (Örsel, 2004).

Psikoterapi: Başlangıçta destekleyici bir yaklaşım uygulanmalıdır. İlaç tedavisi ve psikoterapi birbirini destekler biçimde devam ettikten sonra ilacın geri çekilmesi ile psikoterapi öne çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Depresyon tedavisinden psikoterapilerin kullanılması ilk olarak psikanalitik terapi modelleri ile gerçekleşmiştir. Psikanalitik terapi depresyonun, bilinçdışı çatışmalardan ve içselleştirilmiş öfkeden kaynaklandığını öne sürmektedir. Psikanalitik terapide hastanın bu çatışmalarına ilişkin farkındalık düzeyinin artırılmasına odaklanılır (Sütçügil ve Özmenler 2007).

Depresyon tedavisinden kullanılan diğer bir psikoterapi ise bilişsel davranışçı terapi (BDT) yöntemidir. BDT, kişilerin günlük yaşamda başa çıkamadıkları güçlükler ve sorunlara karşı onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, şimdi ve burada odaklı bir terapi yöntemidir (Demiralp ve Oflaz 2007). Bilişsel kurama göre, çocukluk çağından itibaren kişiler öğrenme yoluyla bazı temel şema ve düşünce sistemleri geliştirirler. Yaşanılan olumsuz bir durumda bu şemalar aktif hale gelir ve öfke, kaygı, suçluluk gibi olumsuz duygulara yol açar. BDT davranış değişiklikleri, psikoeğitim ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerini kullanarak sağlıklı bilişsel değişimi amaçlar (Sungur, 1997).

Depresyon kişiler arası ilişkilerle bağlantılı olabilmektedir. Kişilerarası sosyal desteğin kişiyi depresyondan koruyabildiği gösterilmiştir. Güvenli kişilerarası iletişim kişinin depresif özelliklerini ve depresyon riskini azaltmaktadır (Sütçügil ve Özmenler,

2007). Sadece unipolar depresyon için geliştiren kişilerarası ilişkiler terapisinin (KİT) depresif belirtiler, işlevsellik ve sosyal uyum açısından etkili olduğu saptanmıştır. KİT, depresyonu psikososyal ve kişilerarası durumlarla açıklamayı temel alarak şimdi ve buraya odaklanır (Klerman ve ark. 1974).

2.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Bağımlılık, ortaya çıkışında genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkili olduğu yaşam boyu devam eden kronik bir hastalıktır (Yılmaz ve ark., 2014). Alkol ve madde bağımlılığı günümüzde halk sağlığı sorunlarının başında yer almaktadır (Ulukoca ve ark., 2013). Madde kullanımı sadece maddeyi kullanan kişileri değil, ailesini, çevresini ve toplumu olumsuz yönde etkilemesinden dolayı toplumsal bir sorun olarak da görölmektedir (Ögel ve ark., 1999). Bu nedenle hem ölkemizde hem de dünyada bağımlılıkla mücadele devlet politikası olarak yürütölmektedir (Akgöl ve Kaptı, 2010).

Bağımlılık bir maddenin kötüye kullanımı sonucunda o maddeye karşı gelişen toleransla birlikte maddenin giderek artan miktarlarda alınması, fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara yol amasına rağmen kullanımın devam ettirilmesi ve azaltıldığında veya bırakıldığın da yoksunluk belirtilerin ortaya çıkması ile oluşan tablodur. Bağımlılık yapıcı maddeler beyin ödöl sistemini uyararak kişinin haz almasını sağlar ve pekiştirici etki yaparlar. Bağımlı kişi yaşadığı tüm olumsuzluklara rağmen, maddeyi kompulsif bir davranış olarak kullanmayı sürdürür (Işık, 2009).

DSM'nin ilk baskısında madde kullanımı sosyopatik kişilik bozukluğu tanısı altında yer almıştır. Madde kullanımı DSM-2' de ilk baskısı şekilde yer alırken DSM-3'de bozukluk olarak tanı ölçütlerine yer verilmiştir. DSM-4'de 'madde kötüye kullanımı' ifadesine yer verilerek madde kötüye kullanımın madde bağımlılığından daha hafif bir bozuk olduğu belirtilmiştir. DSM-5'te madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı iyi ayrı kategori olmaktan çıkmış ve 'madde kullanım bozuklukları' altında tanı ölçütlerine yer verilmiştir. DSM-5'te craving (aşerme) tanı ölçütü olarak dahil edilmiştir. Erken remisyon, kısmı remisyon ve kalıcı remisyon tanımlanmıştır. DSM-5'te şiddet belirleyicileri de yer almaktadır. Tanı koymak için gerekli olan üç madde ölçütü iki maddeye düşürölmüştür. Tanı ölçütlerinden 2-3 tanesini karşılaması hafif, 4-5 tanesini karşılaması orta, 6 ve daha fazlasını karşılaması şiddetli belirleyici olarak yer almaktadır. Kafein kullanım bozukluğu çıkartılmış ancak kafein yoksunluğu tanımlanmıştır. DSM-

5'te ilk kez esrar yoksunluğu tanımlanmış ve tanı ölçütlerine yer verilmiştir (Güleç ve ark., 2015).

2.5.1. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

Madde kullanımı tanı kriterleri için APA'nın 2013 yılında güncellediği DSM-5 ölçütleri şöyledir (akt., Köroğlu, 2014):

Aşağıdaki maddelerden en az 2 tanesinin varlığı 1 yıl süreyle olmalı ve klinik açıdan belirgin sıkıntıya ve işlevsellikte bozukluğa yol açmalıdır.

1. Çoğu kez istenildiğinden daha büyük ve daha uzun süreli kullanım,
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol etmek için başarısız bırakma girişimleri,
3. Madde arama ve kullanma davranışının çok zaman alması,
4. Madde kullanmaya aşırı istekli olma,
5. İş, okul ve aile içindeki sorumlulukları yerine getirmeme,
6. Madde kullanımının neden olduğu toplumsal, çevresel ve kişilerarası sorunlar,
7. Sosyal etkinliklerin azaltılması veya bırakılması,
8. Yineleyen tehlikeli durumlarda madde kullanımı,
9. Madde kullanımının neden olduğu fiziksel ve ruhsal sorunlara karşın madde kullanımını devam ettirme,
10. Tolerans (istenilen etkinin ortaya çıkması için artan miktarda madde kullanımı) gelişimi,
11. Yoksunluk belirtileri.

Şiddet Belirleyicisi: Yukarıda belirtilerin ölçütlerin 2 veya 3' ü varsa **hafif**, 4 veya 5'i varsa **orta**, 6 ve daha fazlası varsa **şiddetli** kullanım bozukluğu vardır.

2.5.2. Sigara

Bağımlılık yapıcı en yaygın madde nikotindir. Renksiz ve acı bir sıvı olan nikotin tütünün özgül maddesidir. Tütünün duman olarak kullanılmasının nedeni, etkin maddenin yakıldıktan sonra hızlı bir şekilde akciğerden geçmesi ve kana karışması sonucunda etkisini göstermesidir (Bilici, 2012).

Nikotin epinefrin, norepinefrin ve serotonin salınımı artırır. Sinir sisteminin nikotine olan duyarlılığı 90 dakika ara verildikten sonra tekrar artar. Tütün iştahı artırıcı

etki yapar ve kan basıncını düşürür. Tütün kullanımı, koroner kalp rahatsızlıkları, akciğer rahatsızlıkları, beyin-damar rahatsızlıkları, kanser ve ölüme yol açmaktadır. Sigara dumanı içen kadar çevredeki insanlara da verdiği zarardan dolayı sigara kullanımı bir halk sağlığı sorunudur (Ögel, 2017).

Sigara kullanımı diğer maddelere geçişin alt basamağını oluşturur. Alkol ve madde kullanımı olan kişilerin hemen hepsi sigara içmektedir (Başkurt, 2003).

2.5.3. Alkol

Beden ve ruh sağlığını etkileyen alkol sigaradan sonra ülkemizde yaygın olarak kullanılan bağımlılık yapıcı bir maddedir. Alkol kullanımın, beden ve ruh sağlığına olan etkileri diğer bağımlılık yapıcı maddelerle benzerlik göstermektedir (Ögel, 2017).

Alkol bağımlılığı yüksek dozda alkol tüketimine bağlı olarak ortaya çıkan, alkol miktarının giderek artırılması, kişinin bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemesi ve azaltıldığında veya kullanılmadığında yoksunluk belirtilerinin yaşandığı bir tablodur. Kardiovasküler sistem, sinir sistemi ve karaciğere olumsuz etkileri olmakla birlikte ölümcül sonuçlara yol açabilir (Başkurt, 2003).

Alkolün sinir sistemi üzerine etkileri incelendiğinde Kişilerin sağ ve sol hipokampus alanında belirgin küçülmeler olduğu saptanmıştır. Küçük yaşlardan itibaren kullanılmaya başlanan alkolün Korsakoff Sendromu, Wernicke Afazisine yol açtığı bilinmektedir (Yıldız, 2009).

2.5.4. Kannabis (Esrar)

Eski çağlardan beri bilinen, günümüzde dünyada en yaygın kötüye kullanımı olan, bağımlılık yapıcı yasadışı bir maddedir. Sigara ve alkolden sonra kötüye kullanım sıklığı fazla olan bir maddedir (Tevfik ve Uzbay, 2006).

Kannabis sativa adı verilen hint keneviri bitkisinden elde edilmektedir. Tütün ile karıştırılarak sigara olarak veya bong (nargile şekilde) kullanılmaktadır. Çaya karıştırılarak veya besinlerle birlikte kullanımı da vardır. Esrarın etkisi sigara şeklinde kullanıldığında 10-20 dakika içinde etkisini gösterir ve etkisi birkaç saat boyunca devam eder. Ağızdan alındığında etkisi daha fazladır ancak etki süresi 12 saate kadar çıkar. Esrarın sinir sisteminde kendi has olan kannabinoid reseptörü bulunmaktadır. Kannabisin aktif içeriği delta-9-tetrahidrokanabinol (THC)' dür (Adams ve Martin, 1996).

Esrar anksiyete, huzursuzluk, öfori, sersemlik, denge bozukluğu, taşikardi, gereksiz ve aşırı gülme, sık idrara çıkma, iştah azalması gibi akut etkilere sahiptir. Bellek ve algı sorunlarına yol açar. Uzun süreli kullanımında solunum yolları rahatsızlıkları, akciğer rahatsızlıkları yol açmaktadır (Yıldız, 2009).

2.5.5. Amfetamin ve Kokain

Uyarıcı maddelerin başında genel amfetamin ve kokain sık kullanılan yasadışı maddeler arasında yer almaktadır. Amfetamin günümüzde tıp dünyasından ilaç olarak da kullanılan maddelerden biridir. Amfetamin benzeri maddelerin Amerika başta olmak üzere tüm dünyada esrardan sonra yaygın olarak kötüye kullanımı olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Amfetaminler oral yolla alını ve hızlı emilimi nedeniyle vücutta birkaç saat içinde etkisini gösterir. Dopamin salınımı artırır. Taşikardi, titreme, kan basıncında değişiklikler, kilo kaybı, bulantı ve kusma gibi entoksikasyon belirtileri mevcuttur (Levent, 2018).

Kokain Güney Amerika'da yetişen koka ağacının yaprağından elde edilen bir maddedir. Dopamin salınımı artırarak keyif ve öfori halinin ortaya çıkmasına sebep olur (Johanson ve Fischman, 1989). Kokain kötüye kullanımı sonucunda gözbebeklerinde büyüme, kalp hızında artış, hipertansiyon ve uzun süreli kullanımında ise sanrılar bozukluklara yol açmaktadır. Ani yan etkisi nedeniyle ölümle sonuçlanmaktadır (Yıldız, 2009).

2.5.6. Halüsinojenler

Halüsinojenler doğal ve sentetik olmak üzere ayrılmaktadır. Psilosibin ve meskalin doğada bulunan, liserjik asit dietilamid (LSD) ise sentetik olarak bilinen halüsinojenlerdir. LSD ilk olarak 1950'li yıllarda psikozun daha iyi anlaşılmasını ve tedavi tekniklerinin geliştirilmesi amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Halüsinojenler duyu organları üzerinde algısal değişimlere neden olur. Görsel ve işitsel halüsinasyon oluşumuna neden olmakta birlikte psikoz oluşmasına etkisi de incelenmektedir (Öztürk ve ark., 2007).

2.5.7. Opiyatlar

Afyon haşhaşından elde edilen afyon sakızı, morfin, kodein, eroin ve metadon gibi maddeler opiyatlar grubunda yer almaktadır. Afyon haşhaşı en çok Afganistan, Pakistan ve İnan gibi ülkelerde yetiştirilmekle birlikte Türkiye’de devlet kontrolünde bazı illerde yetiştirilmektedir. Tıp dünyasında başta ağrı kesiciler olmak üzere ilaç olarak kullanımı mevcuttur (Ögel, 2017).

Eroin yaygın olarak kullanılan opiyatların başında gelir. Uzun süreli eroin kullananlarda karaciğer rahatsızlıkları, enfeksiyon hastalıkları ve imaan hastalıklar görülmektedir. Eroin bağımlılığı tedavisinde yine bir opiyat olan metadon kullanılır (Yıldız, 2009).

2.5.8. İnhalanlar

Ağız ya da burundan alınarak akciğer aracılığıyla dolaşım sistemine etki eden uçucu maddelerdir. Tiner, yapıştırıcılar ve sıkıştırılmış gazlar inhanlar grubunda yer alan bağımlılık yapıcı maddelerdir. İnhalanların etkileri alındıkları andan itibaren başlamakta ve etkileri saatlerce sürmektedir. Sersemlik, uyku hali, muhakeme bozukluklu, algı bozuklukları, kas zayıflaması, görme bozuklukları, denge bozuklukları, konuşma bozuklukları, tepki yavaşlaması ve öfori hali gelişmektedir (Buckley ve ark., 2009).

2.5.9. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

Alkol ve madde kullanım bozukluğu psikiyatrik bir hastalık olmasının yanında neden olduğu sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle bir halk sorunudur. Bağımlılıkla mücadelede alkol ve madde kullanım yaygınlılığının ve sıklılığının bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Kapsamlı ve doğru bilgiler toplum sağlığını koruyucu önlemler ve tedavi edici çalışmalar için gereklidir (Yıldız, 2009).

Son yüzyılda alkol ve madde kullanımının arttığı görülmektedir. Özelikle 1960’lı yıllardan sonra batılı ülkelerde yaşayan genç erkekler arasında esrar kullanımını artmıştır (şener, 2014).

Ülkemizde Ögel ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 9 ilde 15-17 yaş grubundaki öğrenciler arasında tütün kullanımını %27 ve alkol

kullanımı %15,9 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %3, yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanımı ise %4.3 olarak saptanmıştır.

Karakuş ve ark. (2012), psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda yaptığı bir araştırmaya göre depresif bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğu sıklığı %17 ve bipolar bozuklukta alkol kullanım sıklığı %15 olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğu %18 ve madde kullanım bozukluğu ise %81 olarak belirtilmiştir.

DSÖ verilerine göre ülkemizde 1988 yılında 15 yaş üstü nüfusta erkeklerin %62,8'i kadınlarda ise %24,3'ü sigara kullanmaktadır. Sağlık Bakanlığı verileri göre ise 15-18 yaş gurubunda sigara içme oranı %30'dur. Sigara içenlerin %64'ünde günlük sigara tüketimi 1 paketten fazladır (Bilici, 2012).

2016 yılı Dünya Madde Raporu'na göre, 2014 yılında 15-64 yaş aralığında bulunan 247 milyon kişinin yaşam boyu en az bir kere yasadışı madde kullandığı belirtilmiştir. En az 29 milyon kişide kullanım bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Rapora göre dünyada kannabis kullanımı %3.8, opiyat %0.37, kokain %0.38 ve amfetamin %0.8 olarak tahmin edilmektedir. Türkiye verilerine bakıldığında 2011 yılında sigara kullanımı %51.8, alkol %28.3 iken 2013 yılında madde kullanımı %2.7 olarak belirtilmiştir. Yaş aralığı 15-24 olan kesimin en riskli grup olduğu değerlendirilmiştir (TUBİM, 2016).

2.5.10. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Etiyoloji: Kişinin alkol ve madde kullanımına başlamasının nedenlerine bakıldığında psikolojik ve sosyal açıklamalar, alkol ve madde kullanımının sürdürümünün anlaşılmasına bakıldığında biyolojik açıklamalar daha uygundur. Alkol ve madde kullanım bozukluğuna bakıldığında birçok değişkene bağlı etiyoloji söz konusudur. Alkol ve madde kullanımı biopsikososyal modelle açıklanabilen bir beyin hastalığıdır (Yıldız, 2009).

Psikanalitik Yaklaşım: Freud'un klasik psikanaliz öğretisine göre bağımlılık psikoseksüel gelişim dönemi olan oral dönemde yaşanan sorunlar nedeniyle oluşmaktadır. Anneye karşı olan aşırı bağımlılık, açgözlülük, iç çöküntü, karamsarlık, tutarsızlık gibi kişilik yapılanmaları anneden nesneye yönelir. Bebeklik döneminde doyum sağlayan süt, meme, su gibi nesnelere ilerleyen dönemlerde alkol ve maddeye

dönüşür. Doyum sağlama ve hazza ulaşma nesnelere alkol ve madde olmaktadır (Ögel, 2017).

Davranışçı Yaklaşım: Davranış organizmanın içten ve dıştan gelen tüm uyarıcılara verdiği tepkilere denir. İnsanlar iyi olan davranışları öğrendiği gibi kötü ve yanlış davranışları da öğrenmektedirler. Alkol ve madde kullanım bozukluğunu anlamak için davranışı başlatan ve sürdüren etkenlerin doğru analiz edilmesi gerekmektedir (Sungur, 1991). Davranışçı modele göre alkol ve madde alımı ile başlayan haz alma maddeyi pozitif pekiştirici olarak karşımıza çıkarmaktadır. Alkol ve maddenin kullanımı var olan bir sıkıntı, huzursuzluk durumunu gideriyorsa alkol ve madde negatif pekiştirici görevi görmektedir. Bu durum alkol ve madde kullanımını devam ettirmektedir (Nissel ve ark., 1994).

Bilişsel Yaklaşım: Bilişsel yaklaşıma göre alkol ve madde kullanım bozukluğunu yaratan inançlar işlevsel olmayan temel inançlardır. Olumsuz kendilik değeri, beklenti, çaresizlik, değersiz hissetme, sevilme, geleceğe dair umutsuz bakış açıları işlevsel olmayan temel inançlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Kendini diğer gruplara ait olarak görmeyen, sevilmediğini düşünen, geleceğe dair umutsuz olan, kendini çaresiz hisseden kişiler alkol ve madde kullanım bozukluğuna yatkın kişilerdir. Kişi olumsuz duygulardan kurtulmak için alkol ve maddeye kompulsif bir davranış olarak yönelmektedir (Miller ve Rolnick, 1991).

Nörobiyolojik Yaklaşım: Alkol dışında kullanım bozukluğu olan maddelerin birçoğu için, madde etkilerini sağlayan nörotransmitter reseptörleri bulunmaktadır. Kullanım bozukluğu olan bir maddenin uzun süre kullanılması, giderek beyin reseptör sistemini değiştirir ve beyinde alışılan yeni madde ile bir denge durumu oluşur. Beyin bu yeni denge durumunu sürdürebilmek için madde alımına ihtiyaç duyar ve madde alımına kompulsif bir şekilde devam eder. Maddeye karşı merkezi sinir sisteminde bir tolerans gelişimi oluşur (Tosun, 2008).

Beyindeki ödül sisteminin temelini limbik sistem oluşturmaktadır. Limbik sistem duyguları, davranışları kontrol etmekte, haz algısını oluşturmakta, cinsel davranışlar, beslenme, öğrenme gibi davranışları da kontrol etmektedir (Suhara ve ark., 2010). Ventral tegmantal alanda başlayan ve orta beyinde nükleus accumbensde ilerleyen ve ön beyinde yer alan frontal kortekse kadar devam eden dopaminerjik sistem üzerinde beslenme, cinsel istek gibi gereksinimlerin gerçekleşmesi için istek ortaya çıkmaktadır. Bu durum

kullanım bozukluğu olan alkol ve maddenin uzun süreli kullanımı sonucunda bağımlılık yapıcı etkisini de meydana getirmektedir (Volkow ve ark., 2013).

Bağımlılık yapıcı maddeler kendi alımlarını pekiştirici yönde etki etmektedirler. Beynin ödül sistemi üzerindeki bu etki maddenin keyif alıcı özelliğini ortaya çıkarmakta ve kişide tekrar kullanma isteği uyandırmaktadır (Işık, 2009). Örneğin, amfetamin, opiyatlar ve kokain, ventral tegmental alanda ve beynin limbik yapılarda dopaminerjik etkiyi artırır. Böylece beynin ödül sistemini uyarıcı etki yapmaktadır (Oral, 2012). Esrara baktığımızda beynin kendi kannabinoid reseptörleri ile etkileşime girerek ödül sisteminde dopamin salınımını arttırdığı görülmektedir (Uluğ ve Gürel, 2012).

Risk faktörleri: Kişilerin alkol ve madde kullanımlarıyla ilgili karar verme yetilerini bozan ve alkol ve madde kullanımına sebep olan birçok risk faktörü vardır. Her kişi madde etkilerini farklı hissetmekte ve farklı sebeplerden motive olmaktadır (Başkurt, 2003).

Cinsiyet: Alkol ve madde kullanımı kadınlara göre erkeklerin risk faktörü daha yüksektir. Alkol ve madde kullanımı olan 215 hasta ile yapılan bir çalışmaya göre hastaların %99.5'i erkektir (Zorlu ve ark., 2011). Ege Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yatarak tedavi gören 188 hasta dosyasının incelenmesi sonucunda hastaların tümü erkektir (Yüncü ve ark., 2008). Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde DSM-4 tanı ölçütlerine göre 'Opiyat Bağımlılığı' tanısı almış 14-37 yaş aralığındaki 84 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %71.4'ü erkek, % 28.6'sı kadındır (Nebioğlu ve ark., 2013).

Yaş: Alkol ve madde kullanımının risk faktörü 10'lu yaşlara kadar inmektedir. Erzurum il merkezinde okuyan 93 lise öğrencisinin katıldığı bir çalışmada %20.83'ünün günde 20 adet sigara tükettiği bulunmuştur (Gümüş ve ark., 2011). Ege Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yatarak tedavi gören 188 hasta dosyasının incelenmesi sonucunda hastaların ilk madde kullanım yaş ortalaması 13.5 olarak bulunmuştur (Yüncü ve ark., 2008). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılık İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 2011, yılında yapılan bir araştırma sonucuna göre 15-64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasadışı maddenin en az bir kere deneme oranı %2,7'dir.

Eğitim: Eğitim düzeyi ve alkol ve madde kullanım bozukluğu arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu literatürde yer almaktadır. Madde bağımlılığı tanısı konulmuş 84 hasta ile yapılan bir çalışmada madde kullananların %73.8'inde eğitim seviyesi dokuz yılın altında yer almaktadır (Nebioğlu ve ark., 2013). Gaziantep niversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran 126 hasta olgusu incelendiğinde %40,5'inin okuryazar olmadığı veya ilkokul mezunu olduğu, %27'sinin ortaokul mezunu, %22,2'sinin lise ve %10,3'nnyksekokul mezunu olduğu tespit edilmiştir (Bulut ve ark., 2006) Eğitim ile ilgili diğer bir risk unsuru da alkol ve madde kullanan kişilerin okul başarisının düşük olmasıdır. İstanbul ilinde 15 ilçede 10. Sınıf ğrencileri arasında yapılan bir çalışmada okul başarisının düşük olması ile alkol ve madde kullanımı arasında ilişki tespit edilmiştir (Onal ve ark., 2011).

Medeni Durum: Bekar kişilerin alkol ve madde kullanım bozukluğunda risk altında olduğu belirtilmektedir. Denetimli serbestlik polikliniğine başvuran 215 hasta ile yapılan bir çalışmada %36,7'sinin evli, %54'ünün bekar ve %9,3'n boşanmış olduğu tespit edilmiştir (Zorlu ve ark., 2011). Gönüllü 84 hastanın katıldığı bir çalışmada madde kullananların %85,7'sinin bekar, %33'nn boşanmış olduğu belirtilmiştir (Nebioğlu ve ark., 2013).

Aile ve Geçmiş Yaşantı: Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerin belirgin özelliklerine bakıldığında güçsüz ve dayanıksız bir kişilik yapısına sahip oldukları belirtilmektedir. zellikler geçmiş yaşantısında şiddet ve travma yaşayan kişiler alkol ve madde kullanımı konusunda risk altındadır. Madde kullanımda risk altında olan aile unsurları; parçalanmış veya boşanmış aile tipi, aile içi iletişim eksiliğinin yaşanması, aile içinde alkol ve madde öyküsünün varlığı, baskıcı veya ilgisiz aile tipi, aile desteğinin olmayışı sayılabilir (Başkurt, 2003). İnhalan kullanıcı olan 37 ergen ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %86'sinin aile içi şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Yaşan ve Grgen, 2004). Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 84 kişi ile yapılan çalışmada hastaların %23,8'inde aile içi şiddet, %9,5'inde cinsel istismar yaşantısı olduğu tespit edilmiştir (Nebioğlu ve ark., 2013). Aile ile ilgili bir risk unsuru da ailede alkol ve madde kullanım bozukluğu öyküsünün bulunmasıdır. Bakırköy Alkol ve Madde Tedavi Merkezi'nde yapılan bir çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış 62 kişinin birinci derece akrabalarında alkol kullanımı %40.6, madde kullanımı %21.9 olarak bulunmuştur (Evren ve Ögel, 2003).

2.5.11. Alkol ve Madde Kullanımı Bozukluğunda Tedavi Yöntemleri

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinde birçok yaklaşım bir arada kullanılmaktadır. Alkol ve madde kullananların tümüne tek bir tedaviden söz etmek mümkün değildir. İyileşmeyi, tedavi süreci ve uyum, yardım arayan kişinin özellikleri, alkol veya maddenin özellikleri etkilemektedir. Alkol ve madde kullanımı olmayan süre uzadıkça yaşamın diğer alanları da işlevsellik kazanıp tedaviyi güçlendirecektir (Ögel, 2017).

Detoksifikasyon: Detoksifikasyon madde intoksikasyonu ve yoksunluğunun adıdır. Bedensel arınma olarak da bilinen detoksifikasyon tedavinin ilk basamağını oluşturur (Ögel, 2017).

Farmakoterapi: Alkol ve madde kullanımı kişide pozitif pekiştirici etkilerinden dolayı nöronal sistemde dopamin başta olmak üzere nörotransmitterlerin etkenliği ortaya çıkarmaktadır. Farmakoterapideki amaç nöronal sistemdeki nörotransmitterlerin düzenlenmesine bağlı olarak iyileşme halinin olmasıdır (Arıkan, 2012).

Bilişsel davranışçı terapi: Alkol ve madde kullanım bozukluğu remisyon ve nükslerle seyreden bir hastalıktır. Son yıllarda ortaya çıkan tedavi planlanmasında nükslerin önlenmesine öncelik verilmektedir. Nükslerin önlenmesinin temel alındığı bir tedavi yaklaşımında daha çok bilişsel davranışçı terapi yönetmi kullanılmaktadır. Alkol ve madde kullanımı ile ilgili inançların incelenmesi, işlevsel olmayan ve sağlıklı olmayan inançların işlenerek değiştirilmesi terapinin ana unsurudur (Ögel, 2017).

Motivasyonel görüşme: Motivasyonel Görüşme temel olarak alkol ve madde kullanımı olan kişinin bırakma/bırakmama konusundaki ambivalans durumunu temel alarak ikilemi çözmeyi amaçlar. Kişilerin sorunlarını anlamalarını ve değişim amacıyla harekete geçmelerini sağlamak amacıyla yapılan danışan merkezli bir görüşme tekniğidir (Ögel, 2017).

Rehabilitasyon: Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerin en büyük problemi toplum tarafından dışlanmalarıdır. Duygu, düşünce ve davranış yapıları değişmiş, yaşam tarzları farklılaşmış, aile ve çevre ile ilişkiler bozulmuş ve iş problemleri, ekonomik problemler yaşamaktadırlar. Detoksifikasyon, farmakoterapi ve psikoterapi tedavilerinden geçen hastanın taburcu edilmesiyle birlikte sosyal hayatının daha sağlıklı olması hedeflenmelidir. Aile ve çevre ilişkilerinin düzenlenmesi, iş ve ekonomik

sorunların çözülmesi, sosyal aktivitelerin yapılması, güvenli yaşanacak yer temini gibi unsurlar rehabilitasyonun içinde yer almakta ve hastalığın nüksünün önlenmesi için önem arz etmektedir (Tosun, 2008).

2.6. İlgili Literatür

Günümüzde yeme tutumu normal ve normal dışı kabul edilen durumlarda ele alınan bir olgu haline gelmiştir. Kişilerde bilinçsiz beslenme, dengesiz ve sağlıksız yeme alışkanlığı, yemek yeme miktarında ve kontrolünde oluşan yanlışlıklar gibi birçok yeme tutumu gelişmiştir. Literatüre baktığımızda yeme tutumları ile psikolojik durumlar arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmalardan biri Garner ve Grafinkel'in (1979) çalışmasıdır. Yapılan bu çalışmada yeme tutumu ile psikolojik durumların ilişkisinden bahsedilmektedir.

Yeme tutumundaki bozulmalar ile psikiyatrik bozuklukların komorbiditesi klinik tabloları ağırlaştırabilmekte ve tedavide direnç yol açabilmektedir (Zaider ve ark., 2000). Eksen-I bozukluklarında yaşam boyu yeme bozukluğu komorbidite oranının %80-97 arasında olduğu belirtilmiştir. Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve alkol ve madde kullanım bozukluğu yeme bozukluğu ile yüksek düzeyde eş tanı göstermektedir (Sarro, 2009).

Yeme tutumlarındaki risk faktörleri değerlendirildiğinde kişilik özellikleri, stresle başa çıkma yöntemleri, psikopatolojik durumlar dikkat çekmektedir (Rosenberg, 1979). Uygun olmayan yeme tutumları yeme bozukluklarının öncülü olabilmektedir.

Yeme tutumu ilgili ülkemizde yeterli düzeyde araştırma bulunmamakla birlikte elde edilen veriler sınırlıdır ve yapılan bu çalışmayla literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

2.6.1. Yeme Tutumu ve Psikoz

Yeme tutumu ve psikoz eş tanısı ile yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Var olan bilgilerin çoğu vaka sunumlarından oluşmaktadır (Cinemre ve Kulaksızoğlu, 2007).

Yeme bozukluğu ile psikotik bozukluklar birbiri ile etkileşim içinde olan fakat birbirinden ayrı bozukluklar olarak karşımıza çıkmaktadır (Ferguson ve Damluji 1988). Anoreksiya nervozanın şizofreni ile eş tanısı nadir olarak görülmektedir. İki hastalık arasındaki eş tanının varlığı %0-2 arasındadır (Cinemre ve Kulaksızoğlu, 2007).

Psikoz hastalarında görülen mizaç ve karakter özellikleri anoreksiya nervoza hastalarının özellikleri ile benzerdir. Zarardan kaçınma, kendini yönetme becerisi, azalmış yenilik arayışı, işbirliği yapma bu özelliklerden bazılarıdır (Halmi, 2007). Anoreksiya nervozanın belirleyici özelliklerinden olan yeme ile aşırı zihinsel uğraş psikotik bozukluğun gelişimi sonucunda ortaya çıkan zihinsel uğraş olarak da değerlendirilmektedir (Ferguson ve Damluji, 1988).

Yiyecek ve yeme ile aşırı zihinsel uğraş psikoza karşı gelişen bir tür savunma mekanizması olabilmektedir (David ve ark. 1986). Yeme bozukluğundaki düzelmeler psikotik bozukluk belirtilerini tetiklediği ve bu nedenle iki bozukluk arasında tersine bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Hugo ve Lacey, 1997).

2.6.2. Yeme Tutumu ve Depresyon

Yapılan çalışmalarda kişilerin çökkün duygudurum içindeyken yeme davranışlarının değiştiği yönündedir. Bunun sonucunda vücut algıları negatif yönde etkilenmektedir (Hilbert ve Caffeir, 2007). Duyguduruma bağlı değişimleri ve negativizm kişinin yeme düzeninde anormalliğe yol açmaktadır (Çolpan, 2015).

Depresyon ve yeme bozukluğu arasındaki ilişki incelendiğinde depresyonun yeme bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik bozuklukların başında geldiği görülmektedir. Depresyonun yeme bozukluğunda görülme oranı %40-45 olduğu ve yaşam boyu prevalans oranının da %68 olduğu bildirilmiştir (Halmi ve ark., 2003).

Yapılan araştırmalarda depresyon ile obezite arasında da ilişki olduğu belirtilmiştir. Obez kadınların %57,8'inde orta düzeyde depresif semptomlar olduğu bildirilmiştir. Depresyon semptomlarındaki artışla birlikte obezite riskinin de arttığı ve yine BKİ'ndeki artışla birlikte depresif semptomların aktive olduğu ve depresyon ile obezite arasında çift yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Bodnar ve ark., 2009). Beden kitle indeksi yüksek insanlarda depresyon gelişme riski %55 olarak ve depresyondaki insanların %58'inde de obezite görülme riski olduğu bulunmuştur (Yu ve ark., 2011). Yine depresyon ve obezite arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada depresyonda olan kişilerin olmayanlara göre obez olma ihtimalleri daha yüksek olduğu bulunmuştur (Blaine ve ark., 2008).

İsveç'te yapılan bir çalışma da ise AN ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. AN tanısına sahip 51 ergen deney grubu ile 51 kişilik cinsiyetleri ve yaşları

arasında fark olmayan kontrol grubu araştırmaya katılmıştır. AN hastalarının %86'sında depresif duygudurum olduğu, kontrol grubunda ise %14 oranında depresif duygudurum olduğu belirtilmiştir (Rastam, 1992). Depresyon ile BN arasındaki eş tanının oranı AN'ye göre daha yüksek bulunmuştur. (Herzog ve ark., 1992). Düşük kalorili diyet uygulamalarının depresif belirtiler ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Ancak YB olanlarda depresyona bir yatkınlık olup olmadığı veya bunun tek nedeni olup olmadığı net değildir (Laessle ve ark., 1996).

Yurtdışında yapılan diğer bir çalışmada ise aşırı yemek yeme ve yeme davranışın kontrol edememenin kaygı ve depresyonla ilişkisi olduğu bulunmuştur. Depresyon düzeyi arttıka yeme düzeninin bozulduğu ve hastaların aşırı yemeyi kontrol edemediği belirtilmiştir (Goossens ve ark. 2009).

2.6.3. Yeme Tutumu ve Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Yeme tutumu ile görülen diğer bir eş tanı ise alkol ve madde kullanım bozukluğudur (Keçeli ve ark., 2008). Madde kullanım bozukluğu ile alakalı beyin ödül sistemi aktivasyonu ve dopamin reseptörlerindeki artış nedeniyle hastalarda kompulsif Şekilde devam eden aşırı yeme davranışı görülmektedir (Johnson ve ark., 2010). Bağımlılık yapan maddelerle oluşturulan doğal olamayan ödüller ile yeme gibi doğal olan ödüller dopamin salınımına etki etmektedir. Bu nedenle alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerde yeme tutumunda bozulmalar görülebilmektedir (Şahpolat ve ark., 2014).

İnsan ve hayvanlarda yapılan nrogorntleme çalışmalarında yüksek Őeker, yağlı yiyecekler ve hoşa giden besinlerin bağımlılık yapıcı maddelerle benzer etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Lee ve ark., 2013).

alışmalara bakıldığında alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış 56 kız hasta ve 41 alkol ve madde kullanım bozukluğu olmayan kişi ile yapılan çalışmada kontrol grubunda YB oranı %2,4 iken deney grubunda bu oran %16,1 olarak bulunmuştur (Semiz, 2011). AN tanısı almış 136 ve BN tanısı almış 110 kadın 8,6 yıl boyunca incelenmiş ve %27'sinde alkol kullanım bozukluğu olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmada katılımcıların %10'unda araştırma sırasında alkol kullanım bozukluğu gelişmiştir (Franko ve ark., 2005). Yeme bozukluğunda alkol kullanım oranı toplum

genelinden daha sık görülmektedir. YB hastaların alkol kullanım oranı %30'lara kadar çıkmaktadır (Dansky ve ark., 2000).

YB ve sigara ile yapılan çalışmalara bakıldığında, YB olanlarda sigara içme sıklığı %32.8 olarak bulunmuştur (Ulaş ve ark., 2013). Yeme bozukluklarında sigara kullanımının toplum geneline göre daha sık olduğu belirtilmiştir. YB olanların sigara kullanım oranı %60'lara kadar çıkmaktadır (Fairburn, 1998). Yeme bozukluklarında sigaranın iştah arttırdığı ve kilo alımı üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir (Austin ve Gortmaker, 2001). Yapılan bir çalışmada YB hastalarının sigara içme oranı %47 olarak bulunmuştur (Semiz, 2011).

YB hastaları arasında, iştah kesici özellikleri nedeniyle merkezi sinir sistemini uyarıcı etkisi olan maddelerin kullanımı görülmektedir. AN'nın kısıtlayıcı tipinde ise alkol kullanım bozukluğuna daha sık rastlanmaktadır. BN hastalarının %15'inde madde kullanım bozukluğu tespit edilmiştir (Cassin ve Von Ranson, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçlarına, uygulama ve istatistiksel yöneme yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Antalya ilindeki hastanelerde yatan psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanım tanısı almış hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme Antalya ilinde yer alan Atatürk Devlet Hastanesi- Aşır Aksu Ek Hizmet Binası ve Eğitim Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri servisi ve Amatem kliniklerinde yatış süreleri olan gönüllü hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya 43 psikoz tanısı, 47 depresyon tanısı ve 60 alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almıştoplamda 150 hasta katılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırma demografik bilgilerin edinilmesi için Demografik Bilgi Formu, hastaların yeme tutumu düzeyini ölçmek amacıyla Yeme Tutumu Testi (YYT) uygulanmıştır.

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Bu bölümde katılımcılara cinsiyet, yaş, medeni durum, boy ve kilo, eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum algısı, sigara, alkol ve madde kullanımının varlığı ve aile geçmişlerinde psikolojik rahatsızlık öyküsünün varlığı sorulmuştur.Yine demografik bilgi formu içerisinde yer alan, tanı alınmış bir rahatsızlık durumu ve şu anda alınan ilaç tedavisi sorularının hasta dosyalarında temin edilmesi amaçlanmıştır. Alınan ilaç tedavisi sorusuna araştırmanın yapıldığı kurumlar tarafından erişim iznine izin verilmediği için ve ailede psikolojik öykünün sorusuna yeterli düzeyde veri sağlanamadığı için araştırmadan çıkartılmıştır.

3.2.2. Yeme Tutumu Testi (YTT)

Yeme Tutumu Testi, Garner ve Garfinkel (1979), tarafından geliştirilmiş, yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukları tanımlamak için kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Geliştirildiği dönemde anoreksiya nervoza belirtilerinin objektif olarak

değerlendirmesi amacıyla oluşturulmuştur. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.70 ve geçerliliği 0.65 olarak bulunmuştur.

Yeme tutumu testi 40 sorudan oluşmakta ve 6’li likert formunda kullanılmaktadır. Teste 1., 18., 19., 23., 27., 39., maddeler ters olarak puanlanmakta bazen 1, nadiren 2, hiçbir zaman 3, diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin diğer maddeleri ise daima 3, çok sık 2, sık sık 1 ve diğer seçenekleri 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Testin kesme puanı 30’dur. Otuz puan ve üzerindeki değerler anlamlı olup, toplam puanın düzeyi patolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. YTT çoğu çalışmada anormal yeme tutum ve davranışını incelemek amacıyla kullanılmaktadır. YTT anoreksiya nervoza hastaların yeme düzenini incelemekte ve normal kişilerde olan yeme davranışındaki bozuklukları taramak amacıyla kullanılmaktadır. YTT klinik düzeyde olan kişileri saptayabileceği gibi kişilerin bu bozukluğa ne kadar yatkın olduğunu hakkında da bilgi vermektedir (Savaşır ve Erol, 1989).

3.3. Uygulama

Çalışma öncesinde Üsküdar Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır.

Uygulamaların yapılması için Antalya İl Sağlık Kurulu, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi’ne başvuru yapılmış ve gerekli izinler alınmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’ne başvuru yapılmış ancak bu üniversitede öğrenci olmadığım kaydıyla gerekli izin verilmemiştir.

Uygulama Ölçütleri:

- Psikiyatri ve Amatem kliniğinde yatan hasta olmak,
- Psikoz tanısı almış yatan hasta olmak,
- Depresyon tanısı almış yatan hasta olmak,
- Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış yatan hasta olmak,
- Gönüllülük,
- 18 yaş üstünde olmak.

Çalışma Şubat 2019 ile Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastalar birebir olarak görüşme odasına alınmış, hastalara araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi

verilmiştir. Araştırmaya katılan 150 hastanın birebir olarak görüşme odasında bilgileri alınmış ve ölçek maddeleri tek tek olduğu şekilde okunarak cevaplar formlara kaydedilmiştir. Görüşmelerin yapılması ve verilerin kaydedilmesi ortalama 10 dakika sürmüştür.

Ölçeği kesme puanı 30 olarak alınmıştır ve alt sınır puanını geçen hastalarda yeme bozukluğu görülme riskinin olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. BKİ Dünya Sağlık Örgütü Standartlarına göre alınmış olup hesaplaması vücut ağırlığının boyun karesine bölünerek bulunmasıyla veri olarak kaydedilmiştir.

3.4. İstatistiksel Yöntem

Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences 20 (SPSS) kullanılmıştır. Verilerin analizi için betimleyici istatistik, Independent Sample Test, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde p değeri .005 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sırasında toplanan verilerden, araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen sonuçlara yer verilmiştir. Araştırmanın temel amacı psikoz, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış yatan hastalarda yeme tutumunun incelenmesidir.

4.1. Katılımcıların Demografik Verilerin Sayı ve Yüzdeler Dağılımı

Araştırmaya katılan psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış toplam 150 gönüllü yatan hastanın demografik verilerin sayı ve yüzdelerine Tablo 1’de yer verilmiştir.

Tablo1: Demografik verilerin sayı ve yüzdeler dağılımı.

		<i>N</i>	%
Cinsiyet	Kadın	62	38,5
	Erkek	88	54,7
Medeni Durum	Bekar	104	64,6
	Evli	46	28,6
Eğitim Seviyesi	İlkokul	33	20,5
	Ortaokul	44	27,3
	Lise	51	31,7
	Üniversite	21	13,0
Sosyoekonomik Durum	Düşük	58	36,0
	Orta	90	55,9

Yapılan çalışmaya psikiyatri kliniğinde ve amatem kliniğinde yatan toplam 150 gönüllü hasta katılmıştır. Toplam katılımcıların 62’si (%38,5) kadın ve 88’i (54,7) erkektir. Medeni duruma bakıldığında katılımcıların %64,6’sı (104) bekar iken %28,6’sı (46) evlidir. Eğitim seviyelerine bakıldığında %20,5’i (33) ilkokul, %27,3’ü (44) ortaokul, %31,7’si (51) lise ve %13’ü (21) üniversite mezunudur. Sosyoekonomik durumları incelendiğinde %36’sı düşük ve %55,9’u (90) orta düzeyde ekonomik duruma sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Psikoz tanısı almış 43 yatan hastanın demografik verilerin sayı ve yüzdelerine Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2: Psikoz hastalarının demografik verilerinin sayı ve yüzdelerine dilimleri.

Klinik Tanı		N	%	
Psikoz	Cinsiyet	Kadın	18	41,9
		Erkek	25	58,1
	Medeni Durum	Bekar	27	62,8
		Evli	16	37,2
	Eğitim Seviyesi	İlkokul	11	25,6
		Ortaokul	10	23,3
		Lise	16	37,2
		Üniversite	6	14,0
	Sosyoekonomik Durum	Düşük	25	58,1
		Orta	18	41,9

Tablo 2 incelendiğinde psikoz tanısı almış 43 hastanın %41,9’u kadın ve %58,1’i erkektir. Medeni duruma bakıldığında %62,8’i bekar iken %37,2’si evlidir. Eğitim seviyesi incelendiğinde %25,6’sı ilkokul, %23,3’ü ortaokul %37,2’si lise ve %14’ü üniversite mezunudur. Katılımcıların % 58,1’i düşük düzeyde ve %41,9’u orta düzeyde sosyoekonomik duruma sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Depresyon tanısı almış 47 yatan hastanın demografik verilerinin sayı ve yüzdelerine Tablo 3’de yer verilmiştir.

Tablo 3: Depresyon hastalarının demografik verilerinin sayı ve yüzdeler dilimleri.

Klinik Tanı		N	%	
Depresyon	Cinsiyet	Kadın	33	70,2
		Erkek	14	29,8
	Medeni Durum	Bekar	28	59,6
		Evli	19	40,4
	Eğitim Seviyesi	İlkokul	15	31,9
		Ortaokul	6	12,8
		Lise	15	31,9
		Üniversite	10	21,3
	Sosyoekonomik Durum	Düşük	19	40,4
		Orta	28	59,6

Tablo 3 incelendiğinde depresyon tanısı almış 47 hastanın %70,2'si kadın ve %29,8'i erkektir. Medeni duruma bakıldığında %59,6'sı bekar iken %40,4'ü evlidir. Eğitim seviyesi incelendiğinde %31,9'u ilkokul, %12,8'i ortaokul %31,9'u lise ve %21,3'ü üniversite mezunudur. Katılımcıların %40,4'ü düşük düzeyde ve %59,6'sı orta düzeyde sosyoekonomik duruma sahip olduklarını belirtmişlerdir.,

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış 60 yatan hastanın demografik verilerinin sayı ve yüzdeler dilimlerine Tablo 4'de yer verilmiştir.

Tablo 4: Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarının demografik verilerinin sayı ve yüzdelik dilimleri.

Klinik Tanı		N	%	
	Cinsiyet	Kadın	11	18,3
		Erkek	49	81,7
	Medeni Durum	Bekar	49	81,7
		Evli	11	18,3
Alkol ve Madde				
Kullanım	Eğitim Seviyesi	İlkokul	7	11,7
Bozukluğu		Ortaokul	28	46,7
		Lise	20	33,3
		Üniversite	5	8,3
	Sosyoekonomik Durum	Düşük	14	23,3
		Orta	44	73,3

Tablo 4 incelendiğinde alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış 60 hastanın %18,3'ü kadın ve %81,7'si erkektir. Medeni duruma bakıldığında %81,7'si bekar iken %18,3'ü evlidir. Eğitim seviyesi incelendiğinde %11,7'si ilkökul, %46,7'si ortaokul, %33,3'u lise ve %8,3'i üniversite mezunudur. Katılımcıların %23,3'ü düşük düzeyde ve %73,3'ü orta düzeyde sosyoekonomik duruma sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı toplam 150 yatan hastanın cinsiyetlerine göre yaş ortalamalarına Tablo 5'te yer verilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş ortalamaları.

Klinik Tanılar		Ortalama	N	Std. D.
Psikoz	Kadın	37,50	18	11,16
	Erkek	41,32	25	10,29
Depresyon	Kadın	39,42	33	11,48
	Erkek	40,28	14	12,71
Alkol ve Madde	Kadın	28,27	11	7,19
Kullanımı	Erkek	29,73	49	8,05

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş ortalamalarına bakıldığında psikoz tanısı almış kadınların yaş ortalaması 37,5 iken erkeklerin 41,32'dir. Depresyon tanısı almış kadınların yaş ortalaması 39,42, erkeklerin ise 40,28'dir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kadınların yaş ortalaması 28,27 iken erkeklerin yaş ortalaması 29,73 olarak bulunmuştur.

4.2. Psikoz, Depresyon ve Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Yeme Tutumu Puanlarının Farklılaşma Düzeyine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 150 hastanın YTT puanlarının ortalaması 15,77+7,73'dür. Testin kesme puanı 30 olarak alınmıştır. Bu değer ve bu değer üzeri yeme bozukluğu riski olarak değerlendirilmiştir. Ölçekte yeme tutumu alt sınırını aşmış hastaların klinik tanıları göre dağılıma Tablo 6'de yer verilmiştir.

Tablo 6: Yeme tutumu alt sınırını aşmış hastaların klinik tanılara göre dağılımı.

		N	%
Klinik Tanılar	Psikoz	1	2,32
	Depresyon	3	6,38
	Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	8	13,33

***p<.005**

Yeme tutumu alt sınırını aşmış hastaların klinik tanılarına göre dağılımlarına bakıldığında 43 psikoz hastasının %2,32 (1), 47 depresyon hastasının %6,38 (3) ve 60 alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastanın %13,33'ünde (8) yeme bozukluğu görülme riski olduğu bulunmuştur.

Psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların yeme tutumu düzeyleri birbirinden fark mıdır alt problemine bakmak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların yeme tutumuna ilişkin verileri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Psikoz, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların yeme tutumu düzeyleri.

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Yeme Tutumu	Gruplar arası	324,132	2	162,066	2,156	,119
	Gruplar içi	11048,161	147	75,158		
	Toplam	11372,293	149			

***p<.005**

Tablo 7'deki ANOVA sonuçlarına bakıldığında araştırmaya katılan psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların yeme tutumu puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=2,156; p=,119).

4.3. Yeme Tutumu Puanının Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın alt problemi olan psikoz, depresyon ve alkol ve madde tanısı almış yatan hastaların yeme tutumu puanının cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin bulgulara Tablo 8'da yer verilmiştir. Alt probleme bakmak amacıyla Independent Sample Test yapılmıştır.

Tablo 8: Yeme tutumu puanının cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin bulgular.

		N	Ortalama	Sd	F	p
Yeme Tutumu	Kadın	62	18,16	9,00	,500	,005
Toplam	Erkek	88	14,09	8,18		

***p<.005**

Tablo 8'e bakıldığında yeme tutumu puanının cinsiyete göre farklılaştığı görülmektedir (F=,500; p=,005). Kadınların toplam puan ortalaması 18,16 iken erkeklerin 14,09 olarak bulunmuştur. Kadınlarda yeme bozukluğu görülme riski erkeklere göre daha fazladır.

4.4. Yeme Tutumu Puanının Medeni Duruma Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın alt problemi olan psikoz, depresyon ve alkol ve madde tanısı almış yatan hastaların yeme tutumu puanının medeni duruma göre farklılaşmasına ilişkin bulgulara Tablo 9'da yer verilmiştir. Alt probleme bakmak amacıyla Independent Sample Test yapılmıştır.

Tablo 9: Yeme tutumu puanı ile medeni durumun göre farklılaşmasına ilişkin bulgular.

		N	Ortalama	Sd	F	p
Yeme Tutumu	Bekar	105	15,28	8,67	,013	,304
Toplam	Evli	45	16,91	8,87		

***p<.005**

Tablo 9'a bakıldığında yeme tutumu puanları medeni duruma göre farklılaşmamaktadır (F=,013; p=,304). Bekarların yeme tutumu puan ortalaması 15,28 olarak bulunurken evlilerin 16,91 olarak bulunmuştur.

4.5. Yeme Tutumu Puanının Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Bu alt problemde yeme tutumu puanlarının eğitim durumuna göre farklılaşmasına bakılmaktadır. Yeme tutumu puanları eğitim durumlarına göre farklılaşmasına bakılmak amacıyla Anova yapılmış ve Tablo 10’da bulgulara yer verilmiştir

Tablo 10: Yeme tutumu puanının eğitim durumlarına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular.

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Yeme Tutumu	Gruplar arası	549,072	4	137,268	1,839	,124
Toplam	Gruplar içi	10823,222	145	74,643		
	Toplam	11372,293	149			

*p<.005

Tablo 10’a bakıldığında yeme tutumu puanlarının eğitim durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur (F=1,839; p=,124).

4.6. Yeme Tutumu Puanının Sosyoekonomik Durum Algısına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Yeme tutumu puanının sosyoekonomik durum algısına farklılaşmasına bakılmak amacıyla Independent Samples Test yapılmış ve bulgulara Tablo 11’de yer verilmiştir.

Tablo 11: Yeme tutumu puanları sosyoekonomik durum algısına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular.

		N	Ortalama	Sd	F	p
Yeme Tutumu	Düşük	58	15,17	9,07	,028	,562
Toplam	Orta	90	16,04	8,60		

*p<.005

Tablo 11’e bakıldığında yeme tutumu puanlarının sosyoekonomik durum algısına göre farklılaşmadığı bulunmuştur (F=,028; p=,562).

4.7. Yeme Tutumu Puanının Sigara Kullanımına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Yeme tutumu puanının sigara kullanımına göre farklılaşmasına bakılmak amacıyla Independent Samples Test yapılmıştır ve bulgulara Tablo 12’de yer verilmiştir.

Tablo 12: Yeme tutumu puanının sigara kullanımına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular.

		N	O	Sd	F	p
Yeme	Evet	118	15,67	9,07	1,387	,730
Tutumu Toplam	Hayır	30	16,30	7,62		

***p<.005**

Tablo 12’ye bakıldığında yeme tutumu puanının sigara kullanımına göre farklılaşmadığı bulunmuştur (F=1,387; p=,730).

4.8. Yeme Tutumu Puanının Alkol Kullanımına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Yeme tutumu puanının alkol kullanımına göre farklılaşmasına bakılmak amacıyla Independent Samples Test yapılmıştır ve elde edilen bulgulara Tablo 13’de yer verilmiştir.

Tablo 13: Yeme tutumu puanının alkol kullanımına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular.

		N	Ortalama	sd	F	p
Yeme Tutumu	Evet	42	16,97	10,24	5,129	,268
Toplam	Hayır	107	15,02	7,58		

***p<.005**

Tablo 13’e bakıldığında yeme bozukluğu puanının alkol kullanımına göre farklılaşmadığı bulunmuştur (F=5,129; p=,268).

4.9. Yeme Tutumu Puanının Madde Kullanımına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Yeme tutumu puanının madde kullanımına göre farklılaşmasına bakmak amacıyla Independent Samples Test yapılmıştır ve elde edilen bulgulara Tablo 14’de yer verilmiştir.

Tablo 14: Yeme tutumu puanının madde kullanımına göre farklılaşmasına ilişkin bulgular.

		N	Ortalama	Sd	F	p
Yeme	Evet	67	16,02	10,22	7,055	,756
Tutumu Toplam	Hayır	83	15,56	7,37		

*p<.005

Tablo 14’e bakıldığında yeme tutumu puanının madde kullanımına göre farklılaşmadığı bulunmuştur (F=7,055; p=,756).

4.10. Yeme Tutumu Puanının ile BKİ Puanı Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Yeme bozukluğu puanının ile BKİ puanı ile arasındaki ilişkiye bakılmak amacıyla Pearson Korelasyon analiz yapılmış ve bulgulara Tablo 15’de yer verilmiştir.

Tablo 15: Yeme tutumu puanının ile BKİ puanı arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular.

	N	R	P
BKİ	150	,000	,997

*p<.005

Yeme tutumu puanı ile BKİ puanı arasında korelasyon bakılmış ve analiz sonucunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (r=,000; p=,997).

BKİ alt sınır puanını aşmış hastalarda yeme tutumu düzeyini belirlemek amacıyla Crosstable analize yapılmış ve elde edilen bulgulara Tablo 16’da yer verilmiştir.

Tablo 16: BKİ alt sınırı puanını aşmış hastaların yeme tutumu puanı arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular.

		Yeme Tutumu		Toplam
		Risk yok	Risk var	
BKİ	Risk yok	8	134	142
	Risk var	4	4	8
Toplam		12	138	150

Tablo 16'ya bakıldığında BKİ alt sınırını aşmış hastaların %50 sinde yeme tutumu puanı da riskli olarak bulunmuştur. BKİ sınırını aşan 4 kişide yeme bozukluğu görülme riski vardır.

5. TARTIŞMA

5.1. Epidemiyolojik Özellikler

Yapılan çalışmaya psikiyatri ve amatem kliniğinde yatan toplam 150 hasta katılmıştır. Katılımcıları %8'inde yeme tutumu düzeyi riskli bulunmuştur. Semiz'in (2011) Sivas il genelince yaptığı çalışmada yeme bozukluğunun yaygınlığı %1.52 olarak bulunmuştur. Vardar ve Erzen'in 2011 yılında 2907 öğrenci ile yaptığı bir çalışmada yeme bozukluğu oranı %2.33 olarak bulunmuştur. Yurtdışında 3062 katılımcı ile sadece yeme tutumu testi kullanılarak yapılan bir çalışmada ise yeme bozukluğu yaygınlığı %8.5 olarak tespit edilmiştir (Lee ve ark., 1998). Bu çalışma ile elde edilen sonuçların Lee ve arkadaşlarının çalışmasına daha yakın olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yeme tutumu ile ilgili çalışmalar toplum genelinde ve öğrenciler arasında olmakla birlikte yatan hastalarda yeme tutumu sınırlı sayıdadır. Bu çalışma da bulunan bulgular ülkemizdeki diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Katılımcıların %8'inde yeme tutumu düzeyinin yüksek olması yeme bozukluğu görülme riskinin olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.. Ülkemizde yapılan çalışmaların toplum genelinde yapılarak örneklemin geniş tutulması ve bu çalışmada ele alınan klinik tanıların eş tanı oranlarının riskli olmasında dolayı yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yeme bozukluğunun araştırıldığı bazı çalışmaların bir özelliği de yöntemin farklılıklar içermesidir. Ünsal ve ark. (2010), üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada yeme bozukluğu yaygınlığı %5 olarak bulunmuştur. Sadece YTT kullanılarak yapılan bir başka epidemiyolojik çalışmada YB yaygınlığı %5.5 olarak bulunmuştur (Abbate-Daga ve ark., 2007). Ünsal ve arkadaşlarının çalışmasında yeme bozukluğu yaygınlığı sadece ölçek kullanılarak değerlendirilmiş, klinik tanı konulması için herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada da yeme bozukluğu görülme riski %8 olarak bulunmuş ve klinik tanı için bir değerlendirme yapılmamıştır. Çalışma sonucunda 150 yatan hastanın %8'sinde yeme bozukluğu görülme riski olabileceği bulunmuştur.

5.2. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmanın alt problemi olan yeme tutumu puanının cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin bulgulara bakıldığında yeme tutumunun cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Kadınların YYT toplam puanı 18.16 iken erkeklerin

14.09 olarak bulunmuştur. Kadınlarda yeme bozukluğu görülme riskinin erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Semiz'in 2011 de Sivas ilinde yaptığı çalışmada yeme bozukluğunun kız ergenlerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Uzun ve ark. 2011 yılında sadece kız öğrencilerin dahil edildiği bir çalışmada ise YB yaygınlığı %17.1 olarak belirtilmiştir. Ülkemize yapılan diğer bir çalışmada da YB yaygınlığı erkeklere göre kadınlarda daha yüksek oranda bulunmuştur (Kocakaya, 2016). Araştırma sonucuna bakıldığında diğer çalışmalarda benzer bir sonuç bulunmuş ve kadınlarda YB görülme riskinin erkeklere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Zayıflığın çekicilik ve zarafetle eşleştirilmesi özellikle genç kızlarda zayıf kalma, ince olma arzusunun doğurmuştur (Ertaş, 2006). Araştırma sonucunun kadınların fiziksel görünüşlerine daha fazla önem vermelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yeme tutumunun medeni durumuna göre farklılaşmasına bakıldığında yeme tutumu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında bu durumla alakalı yeterli kaynak bulunmamaktadır. BKİ ile medenini durumun karşılaşmasına bakıldığında evli kadınların BKİ değerlerinin bekar ve boşanmış kadınlara göre daha anlamlı olduğu bulunmuştur (Yalçuk, 2018). Yapılan diğer bir çalışmada yeme tutumu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Baca, 2017). Yapılan bu çalışmada bulunan sonuç diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Yeme tutumunun eğitim durumuna farklılaşmasına bakıldığında yeme tutumu ile eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Latzer ve ark. 2008 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, yeme bozukluğu olan hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hudson ve ark. (2007) yaptığı bir çalışmada da yeme bozukluğunun eğitim düzeyi pozitif yönde korelasyonu olduğu, eğitim düzeyi arttıkça yeme bozukluğu riskinin de arttığı bulunmuştur. Semiz'in (2011), ülkemizde yaptığı çalışmada yeme bozukluğu ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Yatan hastalarda yapılan bu çalışma sonucu Semiz'in çalışması ile benzerlik göstermektedir. Hastaların yeme tutumunun eğitim düzeylerinden etkilenmediği düşünülmektedir.

Yeme tutumu puanları ile sosyoekonomik durum algısı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Vardar ve Erzengin'in 2005 yılında yaptığı bir çalışmada, yeme bozukluğu olanların %86.8'inin orta sosyoekonomik düzeyde olduğu bildirilmiştir.

Yurtdışında yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Keel ve ark., 2006). Demir ve ark., 1998 yılında yaptığı çalışmada, yeme bozukluğu ile sosyoekonomik düzey arasında bir ilişki bulunamamıştır. Elde edilen bulgulara yapılan araştırma diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç yeme bozukluğu riskinin toplumun her kesiminde görülebileceğini göstermektedir.

Yeme tutumu puanları ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olanların %60'nda sigara kullanımı olduğu belirtilmiştir (Welch ve Fairburn, 1998). Semiz'in (2011), yaptığı çalışmada yeme bozukluğu olan kişilerin %47'sinin sigara kullanımı olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada yeme bozukluğu riski olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmasının nedeni sigara kullanımının seçilen örneklemin genelinde yüksek olmasıdır. Seçilen hasta grubu sigara kullanımı için riskli grup arasında yer almaktadır. Klinik tanısı olan ve araştırmaya katılan hastaların sigara kullanım oranı yüksektir.

Yeme tutumu ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yurtdışında yapılan bir çalışmada 879 yeme bozukluğu tanısı almış hasta ile 785 sağlıklı kontrol grubu arasında alkol kullanımı değerlendirilmiş ve anlamlı bir fark bulunamamıştır (Krug ve ark., 2008; akt. Semiz, 2011). Semiz'in (2011) çalışmasında yeme bozukluğu tanısı alan hasta grubu ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Seçilen örneklem grubunun alkol kullanımı için risk grubunda yer aldığı ve bu nedenle anlamlı bir fark bulunamadığı düşünülmektedir.

Yeme tutumu ile madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan bir çalışmada alkol ve madde kullanımı olan grubun %16.1'nde yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada alkol ve madde kullanımının AN için risk etmeni olmadığı ancak BN için risk etmeni olabileceği belirtilmiştir (Hantaş ve ark., 2003). Yapılan çalışma madde kullanımı ile yeme tutumu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına rağmen alkol ve madde kullanım bozukluğu olan 60 hastanın %13.3'ünde yeme bozukluğu görüle riski olduğu saptanmıştır. Bu sonuç literatürdeki çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Yeme tutumu ve BKİ arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. BKİ alt sınırı DSÖ (2000), kategorilerinden alınarak 18.5 kg/m² olarak kabul edilmiştir. Vardar ve Erzen'in 2011 yılında yaptığı çalışmada, yeme bozukluğu olanların BKİ'lerinin fazla

olduğu belirtilmiştir. Semiz'in (2011), yaptığı çalışmada ise BKİ ortalaması 22.8 olarak normal aralıkta bulunmuş ve yeme bozukluğu ile BKİ arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan diğer bir araştırma da ise BKİ ile yeme tutumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yalçuk, 2018). Araştırma sonucunda yeme bozukluğu ile BKİ arasında anlamlı bir farkın olmaması literatürdeki diğer çalışmalarda benzerdir. Yeme bozukluğu hastalarında rastlanan beden algısında bozulmalar rahatsızlığın önemli bir özelliğidir. BKİ alt sınırını aşmış 8 kişinin 4'ünde yeme tutumu puanı yüksek olarak bulunmuş ve yeme bozukluğu görülme riski olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir.

5.3. Eş Tanı

Psikoz, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların yeme tutumu puanlarının farklılaşmasına ilişkin bulgulara bakıldığında yeme tutumu puanları ile psikoz, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yeme tutumu alt sınırını aşmış 12 hastanın klinik tanılarına göre dağılımına bakıldığında 43 psikoz hastasının %2,32'sinde (1), 47 depresyon hastasının %6,38'inde (3) ve 60 alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastanın %13,33'ünde (8) yeme bozukluğu görülme riski olduğu bulunmuştur. Ancak istatistiksel anlamda üç klinik tanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatüre baktığımızda yeme bozukluğunun eş tanı oranı yüksektir. Eksen-I bozukluklarında yaşam boyu YB komorbite oranı %80-97 arasında olduğu bilinmektedir (Sarro, 2009). Psikoz ile YB eş tanısı ile yapılan araştırmalar sonucunda eş tanının oranı %0-2 olarak bildirilmiştir (Cinemre ve Kulaksızoğlu, 2007). Başka bir çalışmada bozukluğu hastaların %0,4'ünde psikotik bozukluk olduğu belirtilmiştir (Blinder ve ark., 2006). Erzengin'in (2005), yaptığı çalışmada ise yeme bozukluğu ile psikoz arasında eş tanı bulunamamıştır. Yapılan çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak örneklemin geniş tutularak yapılacak olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Depresyon ile YB eş tanısı oranı %40-45 arasında olduğu belirtilmiştir (Halmi ve ark., 2003). Semiz'in (2011) yaptığı çalışmada yeme bozukluğu olanlarda %23,6'sında majör depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir. Herzog ve ark. (1992), yaptığı bir çalışmada BN hastalarında majör depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada yeme bozukluğu ile majör depresyon eş tanısının oranı %45-63 olduğu bildirilmiştir. Vardar ve Erzengin'in (2011), yaptığı çalışmada BN hastalarının %26'sında majör depresif bozukluk olduğu bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada ise

depresyon hastaların %6.38'inde yeme bozukluğu görülme riski olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuç diğer araştırma sonuçlarında daha düşüktür. Bunun nedeninin örneklem sayısının az olmasından kaynakladığı düşünülmektedir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu ile yeme bozukluğu eş tanısına bakıldığında %13.33 oranında eş tanı olduğu bulunmuştur. Franko ve ark. 2005 yılında yaptığı bir çalışmada, anoreksiya nervoza ile alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı oranı %27 olarak bulunmuştur. Ülkemizde DSM-4 tanı kriterlerine göre alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış kadın hastalarla yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu oranı %16.1 olarak bulunmuştur (Hantaş ve ark., 2003). Yapılan bu çalışma bulunan risk oranı diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur. Alkol ve madde kullanım bozuklukları ile yeme bozuklukları arasında bir ilişkinin var olduğu teorik nedenlerle desteklense de yapılan çalışmaların yetersiz olması, örneklem sayısının az olması gibi nedenlerden dolayı alkol ve madde kullanım bozukluğu yeme bozukluğu için bir risk etmeni olmamaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğunun Eksen-I ve Eksen-II bozukluklarla yüksek oranda eş tanı göstermektedir (Yancar, 2005). Alkol ve madde kullanım bozukluğu ile diğer bozukluklarının ilişkileri incelenirken bu durumunun da göz önünde bulundurulması araştırmanın daha sağlıklı sonuçlar vermesini sağlayacaktır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu ile yeme tutumu arasında yeterli araştırmanın yapılmamış olması da diğer bir etkidir. Bu konuda yapılacak olan çalışmaların artırılması sağlıklı ve gerekli olan bilgiyi sağlayacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma psikoz, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan yatan hastalarda yeme tutumunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Uygulanan ölçek sonucunda alt sınır puanının aşan hastalarda yeme bozukluğu görülme riski vardır şeklinde yorum yapılmıştır. Araştırmaya psikiyatri kliniğinde yatışı olan 43 psikoz, 47 depresyon ve amatem kliniğinde yatışı olan 60 alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta katılmıştır. Toplam katılımcıların 62'si kadın ve 88'i erkektir. Katılımcıların %8'inde (12) yeme bozukluğu görülme riski olduğu saptanmıştır. Bulunan sonuç literatürdeki diğer sonuçlara göre yüksektir. Bu durumun yatan hastalarda eş tanı oranının yüksek olması ve araştırmaya katılan tanı gruplarının riskli gruplar arasında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yeme tutumu puanının cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. YB yaygınlığı erkeklere göre kadınlarda daha yüksek oranda bulunmuştur. Yurtiçi ve yurtdışı çalışmalar bakıldığında bu araştırmada elde edilen sonuç literatürle uyusmaktadır.

Yeme tutumu puanı ile medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik durum algısı, alkol kullanımı, madde kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yine yapılan çalışmada yeme tutumu puanı ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Seçilen örneklemin az olmasından ve seçilen klinik tanılarının birçok faktör için risk grubunda yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmanın hipotezi de olan, psikoz, depresyon ve alkol ve madde kullanım bozukluğu olan yatan hastalar ile yeme tutumu puanının anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Ancak yeme tutumu puanı sınırını aşan hastaların klinik tanılarına göre dağılımına bakıldığında 1 psikoz, 3 depresyon ve 8 alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastada yeme bozukluğu görülme riski olduğu belirlenmiştir.

Yeme tutumu puanları ile BKİ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Ancak BKİ alt sınırını aşmış hastaların %50'sinde yeme bozukluğu görülme riski olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak yapılan çalışma literatürle benzerlik göstermekle birlikte, klinik tanılarda yeme tutumu ve yeme bozukluğu eş tanısı ile yapılan araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışma ile yeme tutumu epidemiyolojisine katkıda bulunulmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçların ilerleyen dönemlerde yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayabileceği düşünölmektedir. Yeme tutumu ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Yapılacak olan çalışmalarda örneklemlerinin geniş tutulması, toplum genelinde ve klinik tanılarda yaygınlığına bakılması ve değişkenlerin çeşitliliğinin olması göz önünde bulundurulmalıdır. Yeme bozukluğunun komorbidite yaygınlığına bakıldığı çalışmalarda klinik görüşmelerle tanıların kesinleştiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca yeme bozukluğu ile ilgili farkındalığın arttırılmasına, karşılaşılan olguların tedaviye yönlendirilmesine ve halk sağlığını koruyucu çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- ABBATE-DAGA G, GRAMAGLIA C, MALFI G, PIERÒ A, FASSINO S. (2007). Eating Problems and Personality Traits. An Italian Pilot Study Among 992 High School Students. *Eur Eat Disord Rev*, Nov;15(6):471-8.
- ABRAMSON LY, SELIGMAN ME, TEASDALE JD. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- ADAMS IB, MARTIN BR. (1996) Cannabis: Pharmacology An Dtoxicology in Animal Sand Humans. *Addiction*; 91:1585-1614. (Abstract).
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı, DSM-5, (2014) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan (Çev.Köroğlu, E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- ARIKAN Z. (2012). Madde Bağımlılığı, Düzeltme, Nüks ve Önlenmesi Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, S:245-254.
- ATBAŞOğLU C, GÜLÖKSÜZ S. (2013). Bilim, Psikiyatri, DSM'ler. *Türk Psikiyatri Derneği*; 24, 202-12.
- AUBIN HJ, TILIKETE S, BARRUCAND D. (1996). Depression and Smoking. *L'Encephale*, 22(1), 17-22.
- AUSTIN SB, GORTMAKER SL. (2001). Dieting and Smoking Initiation in Early Adolescent Girls and Boys: A Prospective Study. *American Journal of Public Health*, 91(3), 446-450.
- AYDEMİR Ö. (2007). Depresyon Alt Tiplerinin Varlığı Üzerine. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 3(29):19-23
- BAŞKURT G. (2003). Gençlik, Madde Bağımlılığı ve Koruma Yolları. *G.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (7), 73-114.
- BİLİCİ M. (2012).(Tütün (Nikotin) Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar.Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Sağlık Bakanlığı; 187-196.
- BİNBAY T, ULAŞ H, ELBİ H, ALPTEKİN K. (2011). Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 22:40-52.
- BLAINE B. (2008).Does Depression Cause Obesity A Meta-Analysis of Longitudinal Studies of Depression and Weight Control. *Journal of Health Psychology*; 13(8) 1190-97.
- BLINDER BJ, CUMELLA EJ, SANATHARA VA.(2006). Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients with Eating Disorders. *Psychosom Med*, May-Jun;68(3):454-62.

BLUNDELL JE. (1984). Serotonin and Appetite. *Neuropharmacology*, 23:1537-1551; akt.ÖZTAŞ B. (1993). Beyin Serotonini ve Fizyolojik Fonksiyonlar, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*: 3: 1-2.

BODNAR LM, WISNER KL, MOSES-KOLKO E, SIT D, HANUSA BH. (2009). Pregnancy Body Mass İndex, Gestational Weight Gain and The Likelihood of Major Depression During Pregnancy. *J Clin Psychiatry*.; 70(9):1290-96.

BOŞGELMEZ Ş, YILDIZ M. (2017).Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve Sanrılı Bozuklukta Sigara Tüketimi ve İlişkili Etmenler. *Düşünen Adam*, 30(3), 233-242.

BRENNER C. (1991). A Psychoanalytic Perspective on Depression. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 39(1), 25-43.

BROWNELL KD, FAIRBURN CG. (1995). Eating Disorders and Obesity.A *Comprehensive Handbook*. NY, London, The Guilford Pres, 18-22.

BUCKLEY PF, MILLER BJ, LEHRER DS, CASTLE DJ. (2009). Psychiatric Comorbidities And Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 35:2:383-402.

BULUT M, SAVAŞ HA, CANSEL N, SELEK S, KAP Ö, YUMRU M, VIRİT O. (2006).Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 65-70.

BUTCHER JN, MINEKA S, HOOLEY JM, (2013). *Abnormal Psychology*, (Çev. Gündüz, O.,) *Kaknüs Yayınları*, Birinci Baskı, S. 573-629

CASSIN S, VON RANSON K. (2005). Personality and Eating Disorders: A Decade in Review. *Clin Psychol Rev* ;25:895-916.

CİNEMRE B, KULAKSIZOĞLU B. (2007). Olgu Sunumu: Bir Erkek Hastada Anoreksiya Nervoza ve Şizofreni Eşhastalanımı. *Türk Psikiyatri Derneği*; 18(1):87-91.

CİMİLLİ C. (2001). Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler. *Duygu Durumu Bozuklukları 4*. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara; 157-68.

ÇALIŞIR B, DERELİ F, EKSEN M, AKTAŞ S. (2005). Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi*; 2:1-8.

ÇELİK FH, HOCAOĞLU Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme, *Journal of Contemporary Medicine*; 6(1): 51-66.

ÇETİN M. (2010). Şizofreni Özel Sayısı, *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics*; 3:38-80.

ÇOLPAN M. (2015). Obezitesi Olan Ergenlerde Algılanan Duygu Dışavurumu, Benlik Saygısı, Psikopatolojik Özellikler ve Yeme Tutumunun İncelenmesi. *Yüksek Lisan Tezi*, Bursa.

DANSKY BS, BREWERTON TD, KILPATRICK DG. (2000). Comorbidity of Bulimia Nervosa and Alcohol Use Disorders: Results From The Nationalwomen's Study. *Int. J. Eat. Disord*, 27:180–190.

DAVID AS, FARMER AE, MURRAY RM. (1986). Schizophrenia and Bulimia: A Case Report. *Int J Eat Dis Ord*, 5:771-775.

DEĞİRMENCİ T. (2006). Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi, Denizli, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

DEMİRALP M, OFLAZ F. (2007) Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri Ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 132-139

DOĞAN O, GÜLMEZ H, KETENOĞLU C, KILIÇKAP Z, ÖZBEK H, AKYÜZ G. (1995). Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas.

ERBAY LG, SEÇKİN Y. (2018). Yeme Bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(4), 473-477.

ERCİ B. (1999). Lise Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı ve Etkileyen Ailesel Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 83-94.

ERSAN E, ABAY E. (2001). Depresyonun Genetik Nedenleri. *Duygudurum Dizisi*; 6: 277-82.

ERTAN T. (2008). Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi. In *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu* (Eds. M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu):25-30. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

ERTAŞ HS.(2006). Yeme Bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri.İstanbul, Timaş Yayınları.

EVREN C, ÖGEL K. (2003). Alkol/Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 30-37

ERZENİN M. (2005). Edirne İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Yeme Bozuklukları Yaygınlığı ve Eşanlıları. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Edirne.

FAIRBURN CG.(2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.

FERGUSON JM, FEIGHNER JP. (1987). Fluxetine-Induced Weight Loss in Overweight Non Depressed Humans. *Int. J. Obes, (Suppl. 3)*, 163-170; akt. ÖZTAŞ B. (1993). Beyin Serotonini ve Fizyolojik Fonksiyonlar, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*: 3: 1-2.

FERGUSON JM, DAMLUJI NF. (1988). Anorexia Nervosa and Schizophrenia. *Int J Eat Dis Ord*, 7:343-352.

- FLEGAL KM, GRAUBARD BI, WILLIAMSON DF, GAIL MH. (2005). Excess Deaths Associated with Underweight, Overweight and Obesity. JAMA; 293: 1861–7.
- FRANKO DL, DORER DJ, KEEL PK. (2005). How Do Eating Disorders and Alcohol Use Disorders Influence Each Other. Int. J. Eat Disord, 38: 200–207.(Abstract).
- GARNER DM, GARFINKEL PE. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index of The Symptoms of Anorexia Nervosa. Psychol Med.; 9: 273-279.
- GÜLEÇ C, KÖROĞLU E, ŞENOL S. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı: Hekimler Yayın Birliği.
- GÜLEÇ G, KÖŞGER F, EŞSİZOĞLU A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(4), 448-460.
- GÜLEÇ ÖYEKÇİN D, ŞAHİN EM.(2011). Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. Türk Aile Hek Derg. Derleme, 2011;15(1):29-35.
- GÜLEÇ ÖYEKÇİN D, DEVECİ A, (2012). Yeme Bağımlılığı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry ;4(2):138-153.
- GÜMÜŞ G, KURT M, GÜNAY ERMURAT D, FEYATÖRBAY E. (2011). Lise Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Belirlenmesi (Erzurum Örneği). Ekev Akademi Dergisi, 48, 321-334.
- GOOSSENS L, BRAET C, VLIERBERGHE L, MELS S. (2009). Loss of Control Over Eating in Overweight Youngsters: The Role of Anxiety, Depression and Emotional Eating. European Eating Disorders Review, 17, pp. 68-78
- HALMI KA.(2007). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. A Martin, F Volkmar (Eds.), Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, New York, Lippincott, Williams & Wilkins, P.592-602
- HANTAŞ Y, MANER F, ERKIRAN M, TURAN F, GÖKALP P. (2003). Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması. Düşünen Adam; 16(1): 24-27.
- HERZOG DB, KELLER MB, SACKS NR, YEH CJ, LAVORI PW. (1992). Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Sep;31(5):810-8, 103.
- HILBERT A, TUSCHEN-CAFFIER B, CZAJA J. (2010). Eating Behavior and Familial Interactions of Children with Loss of Control Eating: A Laboratory Test Meal Study. The American Journal of Clinical Nutrition, 91(3), 510-518.
- HOLMANS P, WEISSMAN M, ZUBENKO G, SCHEFTNER W, CROWE R, DEPAULO J, LEVINSON D. (2007). Genetics of Recurrent Early-Onset Major Depression (Genred): Final Genome Scan Report. American Journal Of Psychiatry, 164(2), 248-258.

HUDSON JI, HIRIPI E, POPE HG, KESSLER CJ. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.

HUDSON JL, RAPEE RM. (2001). Parent-Child Interactions and Anxiety Disorders: An Observational Study. *Behav. Res. Ther*, 39(12) 1411-27.

HUGO PJ, LACEY JH. (1997). Disordered Eating: A Defense Against Psychosis. *Int J Eat Dis Ord*, 24:329-333.

IŞIK E, IŞIK U, TANER Y. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ziraat Grup Matbaacılık: Ankara.

JOHANSON CE, FISCHMAN MW. (1989). The Pharmacology of Cocaine Related to Its Abuse. *Pharmacology Review*; 41(1):3-52.

KARAKUŞ G, KOCAL Y, SERT D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.

KEÇELİ F, MANER F, ALPKAN L. (2008). Yeme Bozukluğu Hastalarında Alkol ve Psikoaktif Madde Kullanım Bozukluğu: Kontrollü Bir Çalışma. *Bağımlılık Dergisi*, 9: 65-71.

KEEL PK, HEATHERTON TF, DORER DJ, JOINER TE, ZALTA AK. (2006). Point Prevalence of Bulimia Nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychol Med*, 36(1):119-127.

KENNEDY SH, LAM WR, NUTT DJ. (2004). *Treating Depression Effectively. Applying Clinical Guidelines.* Thomson Publishing, Hampshire, UK.

KLERMAN GL, WEISSMAN MM, ROUNSAVILLE BJ, CHEVRON E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression.* New York, Basic Books.

KLOSE M, JACOBI, F. (2004). Can Gender Differences in The Prevalence of Mental Disorders be Explained by Sociodemographic Factors?. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 133-148

KOCAKAYA G. (2016). Yeme Bozukluğu ile İlişkili Olabilecek Değişkenlerin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi. İstanbul.

KOLATTE A, VENTURINI A, ROSSET N. (2002). Psychodynamic Psychotherapy and Clomipramine in The Treatment of Major Depression *Psychiatr Service*, 53:585–590.

KÖROĞLU E. (2015). *Klinik Psikiyatri.* Ankara, Hyb Basım Yayın.

KRUG I, TREASURE J, ANDERLUH M, BELLODI L, CELLINI E, DI BERNARDO M, GRANERO R, KARWAUTZ A, NACMIAS B, PENELO E, RICCA V, SORBI S, TCHANTURIA K, WAGNER G, COLLIER D, FERNÁNDEZ-ARANDA F. (2008). Present and Lifetime Comorbidity of Tobacco, Alcohol and Drug Use in Eating Disorders: A European Multicenter Study. *Drug Alcohol Depend*, Sep 1;97(1-2):169-79.

LAESSLE RG, PLATTE P, SCHWEIGER U, PIRKE KM. (1996). Biological and Psychological Correlates of Intermittent Dieting Behavior in Young Women. A Model for Bulimia Nervosa. *Physiol Behav*, Jul;60(1):1-5.

LATZER Y, VANDER S, GILAT I. (2008). Socio-Demographic Characteristics of Eating Disorder Patients in An Outpatient Clinic: A Descriptive Epidemiological Study. *Eur. Eat. Disorders Rev*, 16, 139–146.

LEE S, KATZMAN MA. (2002). Cross Cultural Perspectives on Eating Disorders. In C.G Fairburn & K.D. Brownell (Eds) *Eating Disorders And Obesity: A Comprehensive Handbook* (2nd Ed., Pp, 260-64) New York: Guilford.

LEE NM, LUCKE J, HALL WD, MEURK C, BOYLE FM, CARTER A. (2013). Public Views on Food Addiction and Obesity: Implications for Policy And Treatment. *Plos One*, 5(9), e74836

LEE YH, RHEE MK, PARK SH, SOHN CH, CHUNG YC, HONG SK, LEE BK, CHANG P, YOON AR. (1998). Epidemiology of Eating Disordered Symptoms in The Korean General Population Using A Korean Version of The Eating Attitudes Test. *Eat Weight Disord*. Dec; 3(4):153-61.

LILENFELD LR, KAYE WH, GREENO CG, MERIKANGAS KR, PLOTNICOV K, POOLICE C. (1998). A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Psychiatric Disorders in First Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 55:603-10

MANER F, AYDIN A. (2007). Bulimiya Nervosa Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20(1), 25-37.

NEBİOĞLU M, YALNIZ H, GÜVEN FM, GEÇİCİ Ö. (2013). Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 35-42. doi: 10.5455/Pmb.1353349703

NISSEL M, NOMIKS GG, SVENSON TH. (1994). Systemic Nicotine Induced Dopamin Release in The Rat Nucleus Accumbens is Regulated by Nicotinic Receptors in The Ventral Tegmental Area, *Synapse*, Jan, 16(1), 36-44.

OLCHANSKI N, MCINNIS MYERS M, HALSETH M, CYR PL, BOCKSTEDT L, GOSS TF, HOWLAND RH. (2013). The Economic Burden of Treatment-Resistant Depression. *Clinical Therapeutics*, 35(4), 512-522.

ORAL G. (2012). Madde Zehirlenmesi (İntoksikasyonu). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, S:211-226

ÖGEL K. (2017). *Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı*, İstanbul: 1.Baskı 77-351.

ÖGEL K, TAMAR D, EVREN C, SIR A. (1999). Madde Kullanımı ve Suç. *3P Dergisi*, Aralık Ek Sayı.

ÖNAL A, ÖGEL K, EKE C. (2011). A Crosssectional Study on Substance Use and Family Characteristics of Adolescents with Symptoms of Attention Deficit and Hyperactivity. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 21(3), 225-231.

- ÖRSEL S. (2004). Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. Klinik Psikiyatri; Ek 4:17-24
- ÖZTÜRK MO, ULUŞAHİN A. (2014).Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 12.Basım, Ankara, S.618-629.
- ÖZTÜRK Ö, GENÇ Y, BEYAZYÜREK M. (2007). Hallüsinojen Kullanımıyla İlişkili Akut ve Kronik Durumlar ile Tedavi Yaklaşımları. Bağımlılık Dergisi; 8(2):102-107.
- PERALA J, SUVISAARI J, SAARNI SI. (2007). Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in A General Population. Arch Gen Psychiatry; 64: 19–28.
- RÅSTAM M. (1992). Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid Problems and Comorbidity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Sep;31(5):819-29, 102.
- SAGUT P. (2012). İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastasına Bakım Verenlerin Yükünün Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
- SARRÓ S. (2009). Transient Psychosis in Anorexia Nervosa: Review and Case Report. Eat Weight Disorder; 14:139-143.
- SAVAŞIR I, EROL N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervosa Belirtileri İndeksi. Psikoloji Dergisi.; 7: 19-25.
- SAVRUN BM. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık, İstanbul, S:11-17.
- SAYGILI F. (1999). Obezite Komplikasyonları (Ed: Yılmaz C,) Obezite ve Tedavisi, İstanbul: 41-57
- SEMİZ M. (2011). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden I-II Eksen Tanılar. Uzmanlık Tezi. Sivas.
- SEN CK, NAIR S, BAGCHI D. (2013). Nutrition and Enhanced Sports Performance : Muscle Building, Endurance, and Strength. Amsterdam: Academic Press.
- SEVİNÇER GM, KONUK N. (2013). Emosyonel Yeme. Journal of Mood Disorders, 3, 171-178.
- SİYEZ MD. (2006). Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisi ile İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 20, 21-27.
- SONGUR E. (2015). Çocukluk Çağı Başlangıçlı Şizofreni (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- SOYGÜR H, ALPTEKİN K, ATBAŞOĞLU CE, HERKEN H. (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
- STROBER M, FREEMAN R, LAMPERT C, DIAMOND J, KAYE W. (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes.(Çev. Gündüz, O., 2013) Am J Psychiatry, 157, 393-401.

SUNGUR M. (1991). Alkol Bağımlılığı Tedavisinin Biçimlendirilmesinde Nükslerin Önemi ve Nüksleri Önleme Teknikleri. *Tük Psikiyatri Dergisi*, 2(3) S:171-178.

SUNGUR M. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerin Gelişim Öyküsü. In *Psikoterapiler El Kitabı* (Ed. A Güngör):50-66. İzmir, Ege Psikiyatri: Sürekli Yayınları.

SUNWOO YK, BAE JN, HAHM B, (2011). Relationships Of Mental Disorders And Weight Status in The Korean Adult Population. *J Korean Med Sci*; 26(1): 108-15.

SUHARA T, YASUNO F, SUDO Y. (2001). Dopamine D2 Receptors in The Insular Cortex and The Personality Trait of Novelty Seeking. *Neuroimage*; 13: 891-895.

SÜTÇÜGİL L, ÖZMENLER N. (2007). Major Depresyonda Psikososyal Müdahaleler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 3(47):46-50.

ŞAHPOLAT M, ARI M, KOKAÇYA MH, ÇÖPOĞLU ÜS.(2014). Ödül Eksikliği Sendromu. *Bağımlılık Dergisi*, 2014, Cilt: 15, Sayı:2, s:85-90

TAM C, CHERRY FN, CHAK MY, (2007).Disordered Eating Attitudes and Behaviours Among Adolescent in Hong Kong: Prevalence And Correlates. *Journal Of Pediatrics Child Health*; 47: 811-817.

TEKBAŞ F, VAİZOĞLU SA, GÜLEÇ M, HASDE M, GUIER C. (2002). Smoking Prevalence in Military Men, and Factors Affecting This. *Mil Med. Sep*;167(9):742-746.

TEVFİK A, UZBAY İT. (2006). Kannabinoidler: Ödüllendirici ve Bağımlılık Yapıcı Etkilerinin Nörobiyolojisi ve Nöropsikofarmakolojisi Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi*; 7(3):140-149.

TOSUN M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, S:201-220*

TRUESDALE KP, STEVENS J. (2008). Do The Obese Know They Are Obese? *NC Med J May/June*; 69(3):188-194

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılık İzleme Merkezi (TUBİM) Raporu 2012.

http://www.umdb.pol.tr/TUBIM/Documents/T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu_2012_TR.pdf Erişim tarihi: Haziran 6, 2019.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılık İzleme Merkezi (TUBİM) Raporu 2014.

http://www.umdb.pol.tr/TUBIM/Documents/T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu_2014_TR.pdf Erişim tarihi: Haziran 6, 2019.

TÜRKLEŞ S, HACIHASANOĞLU R, ÇAPAR S. (2008). Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 18-28.

- ULUĞ B, GÜREL ŞC. (2012). Esrar (Kannabis) Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, S:141-145.
- ULAŞ B, UNCU F, ÜNER S. (2013). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2), 15-22.
- ULUKOCA N, GÖKGÖZ G, KARAKOÇ A. (2013). Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. Fırat Tıp Dergisi, 18(4), 230-234.
- ULUŞAHİN A. (2003). Depresyona Genel Yaklaşım. Türkiye Tıp Dergisi, 10:79-88.
- UZUN Ö, CANSEVER A, BAŞOĞLU C, ÖZŞAHİN A. (2003). Smoking and Substance Abuse in Outpatients with Schizophrenia: A 2-Year Follow Up Study in Turkey. Drug Alcohol Depend ; 70:187- 192.
- UZUN Ö, GÜLEÇ N, ÖZŞAHİN A, DORUK A, ÖZDEMİR, ÇALIŞKAN U. (2006). Screening Disordered Eating Attitudes and Eating Disorders in A Sample of Turkish Female College Students. Comprehensive Psychiatry, 47(2):123-6.
- ÜÇEL Uİ. (2016). Depresyon Etiyolojisi ve Sitokinlerin Rolü. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(1), 41-45.
- ÜNSAL A, AYRANCI Ü, ARSLAN G, TOZUN M, ÇALIK E. (2010). Kütahya, Türkiye'deki Erkek ve Kız Öğrenciler Arasındaki Depresyon ve Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 11(2):112-119. (Abstract).
- VAL-LAILLET D, AARTS E, WEBER B, FERRARI M, QUARESIMA V, STOECKEL LE. (2015). Neuroimaging and Neuromodulation Approaches to Study Eating Behavior and Prevent and Treat Eating Disorders and Obesity. Neuroimage; Clin 8:1-31.
- VANÇELİK S, ÖNAL S, GÜRAKSIN A, BEYHU E. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme, Bilgi ve Alışkanlıkları İle İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 6(4): 242-248.
- VARDAR E, ERZENGİN M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(4):1-8.
- VOLKOW ND, WANG GJ, TOMASI D, BALER RD. (2013). Obesity and Addiction: Neurobiological Overlaps. Obes Review; 14: 2-18.
- WALSH T, MCCLELLAN JM, MCCARTHY SE. (2008). Rare Structural Variants Disrupt Multiple Genes in Neurodevelopmental Pathways in Schizophrenia. Science; 320: 539-43
- WELCH SL, FAIRBURN CG. (1998). Smoking and Bulimia Nervosa. International Journal of Eating Disorders, 23(4), 433-437.

WILFLEY DE, FRIEDMAN MA, DOUNCHIS JS, STEIN RI, WELCH RR, BALL SA, (2000). Comorbid Psychopathology in Binge Eating Disorder.Relation to Eating Disorder Severity at Baseline and Following Treatment. 68(4),641-49.

World Health Organization.(WHO). (2000). Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic: Report of A WHO Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland: World Health Organization Technical Report Series 894.

YALÇUK Ö. (2018). Kadınlarda Beden Kitle İndeksi, Otomatik Düşünceler ile Yeme Tutumları İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa.

YANCAR C. (2005). Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

YAŞAN A, GÜRGEN F. (2004). Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Ergenlerde Uçucu Madde Kullanım Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 5 (2), 77-83.

YAZICI O. (2004). Distimi. Klinik Psikiyatri Ek 2:54-62

YEMEZ B, ALPTEKİN K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası;1:21-25

YILDIZ EU.(2009). İzmir Liselerinde Sigara, Alkol Madde Kullanım Yaygınlığı, Hazırlayıcı ve Koruyucu Faktörler. Ege Üniversitesi: Doktora Tezi.

YILDIZ M, YAZICI A, BÖKE Ö.(2010). Şizofrenide nüfus ve klinik özellikler: Çok merkezli kesitsel bir olgu kayıt çalışması. Türk Psikiyatri Derg; 21:213-224.

YILMAZ A, CAN Y, BOZKURT M, EVREN C. (2014). Remission and Relapse in Alcohol and Substance Addiction. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 6(3), 1.doi: 10.5455/cap.20131114113549

YU NW, CHEN CY, LIU CY, CHAU YL, CHANG CM. (2011). Association of Body Mass Index and Depressive Symptoms in A Chinese Community Population: Result From The Health Promotion Knowledge, Attitudes, and Performance Survey in Taiwan. Chang Gung Med J.; 34: 620-27.

YÜNCÜ Z, AYDIN C, COŞKUNOL H, ALTINTOPRAK E, BAYRAM AT. (2006). Çocuk Ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi, 7, 31-37.

YÜNCÜ Z, GÜRÇAY E, TOPÇU KABASAKAL Z, ÖZBARAN B, TAMAR M, AYDIN C. (2009). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Ayrılma Bireyleşme Süreci. New/Yeni Symposium Journal, 47(4), 225-234.

YÜNCÜ Z, KABUKÇU BAŞAY B, ÖZBARAN B, AYDIN C, TAMAR, M. (2008). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde HBV: Yaygınlık, Riskler, Algılama. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9(4), 208-216.

ZAIDER TI, JOHNSON JG, COCKELL SJ. (2000). Psychiatric Comorbidity Associated with Ed Symptomatology Among Adolescents in The Community. Int J Eat Disord.; 28:58-67.

ZORLU N, TÜRK H, MANAVGAT AG, KARADAĞ B, GÜLSEREN G. (2011). Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Başvuran Hastalarda Sosyodemografik, Klinik Özelliklerin ve Alkol Kullanım Bozukluğu Sıklığının Geriye Dönük Değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12, 253-257.



EKLER

EK 1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Bu araştırma ‘Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi’ amacıyla yapılmaktadır. Lütfen aşağıdaki soruları samimi bir şekilde yanıtlayınız. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: PSK. TESLİME MERVE ÖZTÜRK

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ- YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI

1.Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

2.Yaşınız:

3.Medeni Durumunuz: Bekar () Evli ()

4. Boyunuz ve Kilonuz:...../.....

5.Eğitim Seviyeniz: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Yüksek Lisans () Doktora ()

6.Sosyoekonomik Durumunuz: Düşük () Orta () Yüksek ()

7.Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır()

1. Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz?
2. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?
3. Daha önce sigarayı bırakma deneyiminiz oldu mu?
4. En uzun bırakma süreniz ne kadardır?

8. Alkol kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

9.Herhangi başka bir madde kullanma deneyiminiz oldu mu? Evet () Hayır ()

Yanıtınız Evet ise; Hangi madde/maddeler belirtiniz.....

10. Bir hekim tarafından teşhisi konulmuş herhangi rahatsızlığınız var mı? Evet () Hayır ()

Yanıtınız Evet ise, tanıyı belirtiniz.....

11. Şu an herhangi bir ilaç tedavisi alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Yanıtınız Evet ise, lütfen kullandığınız ilaçların adlarını belirtiniz.....

12. Ailenizde herhangi bir psikolojik rahatsızlık öyküsü var mı? Evet () Hayır ()

EK 2: YEME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman", her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğini işaretleyiniz. Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok Sık	Daima
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						

24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım						
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

EK 3: ETİK KURUL ONAYI



www.uskudar.edu.tr
Altunizade Mahallesi Haluk Türksöy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/969

25/11/2018

Sayın Doç.Dr.Gül ERYILMAZ
(Teslime Merve ÖZTÜRK)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/11/2018 tarihinde yapılan 12 No.lu toplantısında “Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi: Psikoz, Depresyon, Alkol ve Madde Kullanımı” adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşuluyla şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: 61351342-/ 2019-367

25/07/2019

Sayın Doç.Dr.Gül ERYILMAZ
(Teslime Merve ÖZTÜRK)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/11/2018 tarihinde yapılan 12 No.lu toplantısında “**Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi: Psikoz, Depresyon, Alkol ve Madde Kullanımı**” adlı araştırma projenizin isminin 25/07/2019 tarihinde yapılan 07 No.lu toplantısında “**Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi: Psikoz, Depresyon, Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu**” olarak değiştirilmesinin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAY
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK 4: KURUM İZİNLERİ



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 88187161-619
Konu : Teslime Merve ÖZTÜRK
(Çalışma İzni)

Sayın TESLİME MERVE ÖZTÜRK
(Etiler Mah. 840 Sok. Yörük Osman Apt. No: 4/7)
Muratpaşa/ANTALYA

İlgi : 21/12/2018 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenize istinaden; "Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi: Psikoz, Depresyon, Alkol ve Madde Kullanımı" konulu çalışmanızı, S.B.Ü Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde uygulamanız, iş ve işlemlerin aksatılmaması, hasta ve çalışan mahremiyetine dikkat edilmesi, etik kurallar ve bilgi güvenliğine dikkat edilmesi koşuluyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Mehmet AKDAĞ
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

EKLER:
1-Yazı (2 Sayfa)



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ



Sayı : 81266704-619
Konu : Teslime Merve ÖZTÜRK
(Çalışma İzni)

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 24/12/2018 tarihli ve 88187161-619-625 sayılı yazı.,

Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Programı yüksek lisans öğrencisi Teslime Merve ÖZTÜRK'ün; "Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi: Psikoz, Depresyon, Alkol ve Madde Kullanımı" konulu çalışmasını Hastanemizde uygulaması Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğünce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Halil Yalçın YÜKSEL
Başhekim

Varlık Mahallesi, Kazım Karabekir Cd., 07100 Muratpaşa/Antalya

Telefon: Faks No:

e-Posta: ilay.erdeveerdem@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

www.antalyaeah.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bu7e29e8-e605-484f-a32e-3f0aen4d95a9 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İlay ERDEVE ERDEM

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 0242 2494400 / 4084



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi



Sayı : 71713619-902.99
Konu : Teslime Merve ÖZTÜRK (Çalışma
İzni)

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 24/12/2018 tarihli ve 88187161-619-625 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden; Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Programı yüksek lisans öğrencisi Teslime Merve ÖZTÜRK'ün; "Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi: Psikoz,Depresyon,Alkol ve Madde Kullanımı" konulu çalışmasını Hastanemizde uygulama izni değerlendirilmiş olup, adı geçen talebi anketlerin yapılacağı günler araştırmacı ile belirlenmek kaydı ile Hastanemiz Başhekimliğince uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Ali Vefa SAYRAÇ
Başhekim

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Personel Servisi Anafartalar Cad. Üçgen Mevkii
Muratpaşa/ANTALYA
Faks No:242 334 33 73

e-Posta:perihan.kayagelbal@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
www.antalyaataturkdh.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bu7e29c8-e605-484f-a32e-3f0uea4d95a9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Perihan KAYA GELBAL

Unvan:SAĞLIK MEMURU

Telefon No:(0 242) 345 45 50

22/01/2019

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA ve YAYIN ETİĞİ KURULU
BAŞKANLIĞI'NA

Kurulunuzdan onay alınması halinde TESLİME MERVE ÖZTÜRK tarafından gerçekleştirilecek olan 'Yatan Hastalarda Yeme Tutumunun Klinik Tanılara Göre İncelenmesi: Psikoz, Depresyon, Alkol Ve Madde Kullanımı' adlı projede, tarafımdan geliştirilmiş olan 'YEME TUTUM TESTİ' olan ölçme aracının kullanılmasına izin veriyorum.

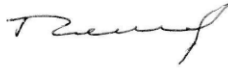
ÖLÇEK SAHİBİNİN

UNVANI: PROF. DR.

ADI SOYADI: NEŞE EROL

VARSA KURUM MÜHRÜ / İSİM KAŞESİ

İMZA



İŞ ADRESİ: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
AD Emekli Öğretim Üyesi

TELEFON: 0533 335 48 68

E-POSTA: profdrnese.erol@gmail.com

ÖZGEÇMİŞ/ CV

KİŞİSEL BİLGİLER

- **İsim-Soyisim:** TESLİME MERVE ÖZTÜRK
- **Doğum Yeri / Doğum Tarihi:** ANTALYA/ 09.03.1993
- **Uyruğu:** T.C.
- **Ehliyet:** B
- **Telefon ve Mail Adresi:** 0534 954 5169 / tmerveozturk@hotmail.com

İŞ TECRÜBELERİ

- **PSİKOLOG-** ANTALYA DÖŞEMEALTI BELEDİYESİ- EKOLOJİK KREŞ: 2017- Devam Ediyor

ÖĞRENİM DURUMU

- **ÖNLİSANS:** MEDYA VE İLETİŞİM- ANADOLU ÜNİVERSİTESİ-AÖF- (2016- Devam Ediyor)
- **LİSANS:** PSİKOLOJİ- MELİKŞAH ÜNİVERSİTESİ- (2011-2016)
- **YÜKSEK LİSANS:** BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON- ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ- (2017- Tez Dönemi Devam Ediyor)

YABANCI DİL VE DÜZEYİ

- İngilizce: İyi Seviye

BİLGİSAYAR BECERİLERİ

- Microsoft Office Programı: İyi

STAJLAR

- 2015 Akdeniz Üniversitesi- Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı
- 2018 NP İstanbul Beyin Hastanesi- Amatem ve Ruh Sağlığı Hastalıkları

KURS VE SERTİFİKALAR

- Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi (BDT) - Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Enstitüsü
- MMPI- İstanbul Psikoloji Enstitüsü
- SAMBA-Yeniden Yaşam Derneği
- Aile Danışmanlığı Eğitimi- Meliksem
- Pedagojik Formasyon Eğitimi- Akdeniz Üniversitesi
- Moxo Dikkat Performans Testi
- Wisc-R Zeka Testi, Stanford-Binet Zeka Testi- Meliksem
- Objektif Testler, Projektif Testler- Meliksem

KATILDIĞI PROJELER VE KONGRELER

- AB ERasmus+ KA201: Eco-Farm Kindergartens Project: 2018 Romanya Toplantısı
- AB ERasmus+ KA201: Eco-Farm Kindergartens Project: 2018 Türkiye Toplantısı
- 1.Ulusal Sigara Brakma Kongresi: 5-7 Nisan 2019, Bağımlılık Psikiyatrisi Derneği