



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU**

**ÖZEL BİR MERKEZE BAŞVURAN YETİŞKİN KADINLARIN YEME
TUTUMLARININ SAPTANMASI**

**MERVE KARADEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. HANDE ÖNGÜN YILMAZ

İSTANBUL – 2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Merve KARADEMİR tarafından hazırlanan “*Özel Bir Merkeze Başvuran Yetişkin Kadınların Yeme Tutumlarının Saptanması*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05.07.2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Hande ÖNGÜN YILMAZ
: Okan Üniversitesi
(Danışmanı)

.....


Jüri Üyesi Prof.Dr.Mehmet PALA
: Haliç Üniversitesi

.....


Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Zeynep ÖZERSON KOÇ
: Haliç Üniversitesi

.....


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

.....


Prof.Dr.Melek Güneş YAVUZER
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

tez2017 (tez2017) den

- 05-Haz-2017 14:19 EEST' de işleme konu
- NUMARA: 822206521
- Kelime Sayısı: 13926

Benzerlik Endeksi

%23

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:

%18

Yayınlar:

%4

Öğrenci Ödevleri:

%12

kaynaklar:

- 1 6% match (21-Ağu-2015 tarihli internet)
http://angora.baskent.edu.tr/acik_arsiv/dosya_oku.php?psn=2409&yn=261&dn=1
- 2 4% match (22-Tem-2015 tarihli internet)
<http://acikerisim.baskent.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/baskent/1462/10048570.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- 3 3% match (21-Eki-2015 tarihli öğrenci ödevleri)
[Submitted to TechKnowledge Turkey on 2015-10-21](#)
- 4 2% match (16-Kas-2016 tarihli öğrenci ödevleri)
[Submitted to TechKnowledge Turkey on 2016-11-16](#)
- 5 < 1% match (14-Mar-2016 tarihli internet)
<http://dspace.baskent.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11727/2148/10065301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 6 < 1% match (16-Eki-2015 tarihli öğrenci ödevleri)
[Submitted to TechKnowledge Turkey on 2015-10-16](#)

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu tezin oluşmasında bilgi ve tecrübeleri ile desteğini esirgemeyen, tezimin yürütülmesinde ve sonuçlanmasında büyük emeği olan, çalışma temposu ve çalışma disiplini ile örnek aldığım çok sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Hande ÖNGÜN YILMAZ'a çok teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanmasında büyük yardımları olan, çalışmanın başından sonuna kadar bana desteğini esirgemeyen çok sevgili hocam Prof. Dr. Ahmet DİRİCAN'a, sevgili dostum Uzm. Dyt. Samet YAĞLI'ya ve sevgili arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Hayatımın her alanında en büyük desteğim olan sevgili aileme, çalışmamın da her aşamasında sonsuz hoşgörü, sabır ve destek oldukları için sonsuz teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER	Sayfa
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	III
TABLolar LİSTESİ	IV
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. Yeme Bozuklukları	4
4.2. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri	6
4.3. Yeme Bozukluklarının Oluşumundaki Risk Faktörleri	7
4.4. Yeme Bozukluklarının Prevalansı	8
4.5. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması	9
4.5.1. Anoreksiya Nervoza	9
4.5.2. Bulimiya Nervoza	17
4.5.3. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları	20
4.5.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	21
4.5.5. Gece Yeme Sendromu	22
4.6. Yeme Bozukluklarının Sonuçları	22
5. GEREÇ VE YÖNTEM	24
6. BULGULAR	28
7. TARTIŞMA	40
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER	64
Ek 1: Nutrition İstanbul Araştırma İzni	64
Ek 2: Anket Formu	65
Ek 3: Etik Kurul Onay Formu	74
11. ÖZGEÇMİŞ	75

KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nervoza
APA	American Psychological Association
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimiya Nervoza
DSM	Diagnostic and Stastiscial Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DRI	Dietary Referenece Intek
EAT-40	The Eating Attitudes Test
EDNOS	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
GR	Gram
KCAL	Kilokalori
KG	Kilogram
MG	Miligram
MCG	Mikrogram
NG	Nazogastrik Beslenme
ORT	Ortalama
RDA	Recommended Dietary Allowances
SD	Standart Sapma
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
YB	Yeme Bozukluğu
YTT	Yeme Tutum Testi
WHO	World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Tablo4.5.1:Anoreksiya Nervoza'nın klinik özellikleri, bulguları ve laboratuvar bulguları

Tablo4.5.2: Bulumiya nervozanın klinik özellikler, fiziksel ve psikolojik bulguları

Tablo 6.1: Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Tablo 6.2: Bireylerin sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgilerinin dağılımı

Tablo 6.3: Bireylerin antropometrik ölçümlerinin dağılımı

Tablo 6.4: Bireylerin Beden Kütle İndeksi sınıflamasına göre dağılımı

Tablo 6.5: Bireylerin 3 günlük(2 hafta içi 1 haftasonu) besin tüketim kayıtlarından hesaplanan enerji ve besin öğeleri ortalamalarının RDA önerilerini karşılama oranlarının dağılımı

Tablo 6.6: Bireylerin YTT-40 sonuçlarına göre risk sınıflaması dağılımı

Tablo 6.7: Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile sosyodemografik özellikleri, sağlık durumları, BKI sınıflaması, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite yapma durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 6.8: Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile antropometrik ölçümleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 6.9: Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile 3 günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan enerji ve besin öğeleri ortalamalarının RDA önerilerini karşılama oranlarının dağılımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

1.ÖZET

Bu çalışma, özel bir merkeze başvuran yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yeme tutumları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak planlanmış ve yürütülmüştür. Çalışma, İstanbul'da bir merkezde yaşları 18-64 arasında değişen 283 kadın bireyle gerçekleştirilmiştir. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumları, genel beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumları araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış olup, antropometrik ölçümleri alınmıştır. Bireylerin beslenme durumları 3 günlük besin tüketim kaydıyla belirlenmiştir. Bireylerin yeme tutum bozukluğu riskini saptama amacıyla 40 sorudan oluşan Yeme Tutum Testi(YTT-40) kullanılmıştır. Bireylerin YTT-40 sonucuna göre puanlarının ortalaması $18,7 \pm 9,1$ 'dir. Bireylerin YTT-40 risk profili sınıflaması sonucuna göre %43,8'inin yeme bozukluğu riski düşük, %48,4'ünün orta, %7,8'inin yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite yapma durumları ile YTT-40 risk sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($p > 0,05$). Bireylerin YTT-40 risk sınıflamasıyla BKİ sınıflaması, boy ve yağ kitlesi (kg) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p:0,03-p:0,08-p:0,038$)($p < 0,05$). Normal ağırlıkta olan bireylerdeki yeme bozukluğu riski yüksek, kilolu ve obez bireylerde düşük bulunmuştur. Düşük risk yeme bozukluğu olan bireylerin yağ kitlesi(kg) ortalamaları, orta risk yeme bozukluğu olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, diyetisyene başvuran bireylerin öncelikle yeme tutumları değerlendirilmeli ve multidisipliner bir yaklaşım ile bireylerin sağlıklı beslenme ve yeme tutum davranışları üzerinde etkili bir tedavi yöntemi uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Yeme bozuklukları, YTT-40, yeme tutum testi, beslenme alışkanlıkları.

2. SUMMARY

Determination of Eating Attitudes of Adults Women Who Applies to Private Center

This descriptive and cross sectional study has conducted in order to investigate the relationship between healthy life style behaviours and eating attitudes using data from adult women who consulted private clinic. The study was carried out in 283 adult women aged 18-64. The questionnaire prepared by researcher is done to participants via face to face which includes characteristics of sociodemographic, health condition, physical activity and general nutrition behaviour and also anthropometric measurements of participants are obtained. An assessment of participants' nutritional status evaluated by using 3 days dietary intake. The Eating Attitude Test (EAT-40) is used to asses the risk of eating attitude disorder which includes 40 questions. The average of participants' was $18,7 \pm 9,1$. The %43,8 of participants was detected at low risk for eating attitude disorder, %48,4 was at medium risk and %7,8 was at high risk according to classify of the test. There was no statistically significant relationship between characteristics of sociodemographic, health condition, physical activity level, nutrition behaviour and the risk classification of the EAT-40 test ($p > 0,05$). There was a statistically significant relationship between BMI classification, height, fat mass (kg) and the risk classification of the EAT-40 test ($p:0,03-p:0,08-p:0,038$) ($p < 0,05$). Normal weight participants were detected at high risk for eating disorder beside overweight and obese group was at low risk. The mean fat mass (kg) of lower eating disorder risk participants was higher than medium risk group. According to the results of this study, the eating attitude must be evaluated to them who was consulted to the dietitian and it should be intervened to participants' health eating behaviours and eating attitude in the multidisciplinary approach.

Keywords: *Eating disorders, EAT-40, eating attitude test, nutrition behaviours*

3.GİRİŞ ve AMAÇ

Yeme bozuklukları, aşırı yada yetersiz gıda alımı ile başlayarak kişilerin yeme tutum ve davranışlarında kalıcı rahatsızlıklara sebep olan hastalıklardır. Yeme bozuklukları psikolojik olarak bireyi etkilerken, fiziksel fonksiyonlarına da zarar vererek bireyin kilo kontrol davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (1,2). Yeme bozuklukları ilk olarak farkındalığın artmasıyla ortaya çıkmaya başlamıştır. Özellikle kişilerin stres yaratan yaşam biçimleri yeme bozukluklarına eğilimi arttırmıştır (3).

Bireyin yeme tutum ve davranışlarının yanında besin seçimini etkileyen etmenleri ve sonucunda sebep olduğu sorunları da bilerek sağlığını koruması, geliştirmesi ve yaşam kalitesini yükseltmesi gerekmektedir. Bireylerin besin seçimini etkileyen faktörler genetik, fizyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve kültürel olabilmektedir (4,5).

Yeme bozuklukları antik çağlardan bu yana değişen sıklık ve belirtilerle var olmuştur. ‘Yeme Bozuklukları’ (YB); yeme davranışına yönelik tüm bozuklukları bir çatı altında toplayan, bu rahatsızlıkları anmak için kullanılan genel bir tanımlamadır. Amerikan Psikiyatri Derneği’nin klavuzuna göre; yeme bozuklukları üç kategoride tanımlanır: anoreksiya nevroza (AN), bulimiya nevroza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yemek bozuklukları (EDNOS)

Değişik ülkelerde yapılan 26 araştırma değerlendirilmiş ve yeme bozukluğu oluşumuyla ilgili 8 risk faktörü saptanmıştır. Bu faktörlerden ağırlık kaygısı, şişmanlık başlangıcı, beden memnuniyetsizliği ve diyetel kısıtlama yeme bozukluğu için spesifik faktörler, erken matürasyon, düşük benlik saygısı, depresyon ve negatif duygusallık ise ek faktörler olarak saptanmıştır (6).

Yeme bozukluklarının görülme sıklığındaki artışlar, sağlıklı yaşam bilincinin giderek daha çok önem kazanması gibi faktörler yeni davranış bozukluklarını da beraberinde getirmiştir. Yeme bozuklukları konusuna dikkat çekmek ve bu konuda bilinçlenmek amacıyla planlanan bu çalışma; İstanbul’da bulunan Nutrition İstanbul Merkezi’ne başvuran yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yeme tutumlarının arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile yapılmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.Yeme Bozuklukları

İnsanların en temel biyolojik faaliyetlerinden biri yemek yemektir. Fizyolojik ve psikolojik boyutu da olan yemek yeme öğrenilerek geliştirilen bir davranıştır. Kişiler kendilerini baskı altında hissettiğinde, öfkelenildiğinde, sevindiğinde veya aşırı duygular beslediğinde yeme davranışı değişebilir. Acıkmadan yemek yeme hatta tok olduğunda bile yemek yemeye devam edebilme gibi yeme davranışı değişiklikleri gösterebilirler. Aynı şekilde kişiler aşırı stresli veya heyecanlı, neşeli olduklarında hiç yemek yememeleri gibi durumları yeme faaliyeti üzerinde etki gösterebilir. Bu durum biyolojik ihtiyaçtan çok psikolojik ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır(7). Yeme bozuklukları antik çağlardan bu yana değişen sıklık ve belirtilerle var olmuştur. YB; yeme davranışına yönelik tüm bozuklukları bir çatı altında toplayan, bu rahatsızlıkları anmak için kullanılan genel bir tanımlamadır(8).

Yeme bozuklukları, bazı durumlarda ölüm ile sonuçlanan yeme davranışındaki ciddi bozukluklar ile fizyolojik bozukluklar ve psikiyatrik durumlar ile karakterizedir(9). Modern Çağ'ın hastalıkları arasında, hızla artan hastalık gurubunda yer alan yeme bozukluğuna ait olan aşırı duygusal ve fiziksel problemler kadınlarda ağırlıkta olmak üzere her iki cinste de görülmektedir. Son 25 yılda ise ülkemizde yeme bozukluğu ile ilgili rahatsızlıklar hızla artış göstermiştir. Yapılan birçok çalışmada, yeme bozuklukları sosyo-ekonomik kültüre ait bir hastalık olarak algılanmasına karşın aslında tüm sosyal sınıflarda bu rahatsızlıkların yaygın bir şekilde görüldüğü sonucuna varılmıştır (10).

Amerikan Psikiyatri Derneği'nin "Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve Klavuzu"'na göre; yeme bozuklukları üç kategoride tanımlanır: anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yemek bozuklukları (EDNOS). Anoreksiya nervozalı kişilerin en belirgin özellikleri, vücut ağırlığının olması gerekenin %85 altında olması ve bu durumun devam etmesi ile yaşa, boya göre olması gereken minumum vücut ağırlığına ulaşmayı reddetmeleridir. Bulimiya nervozalı kişilerin ise ağırlık artışını önlemek için aşırı yemek yeme sonrası aşırı egzersiz yapma, kendini kusturma, aç kalma, müshil ve diüretik kullanma gibi kilo kaybı davranışları sergilediği gözlenmiştir (9). Anoreksiya Nervozalı'nın aksine, bulimiya nervozalı hastalar genellikle vücut ağırlık artışını durdurma çabası göstererek

vücut ağırlıklarını normal sınırlar içinde korumaktadır. Yapılan bir çalışmada, anoreksiya ve bulimiya nervozanın sıklıkla kronik olduğu ve tedavi edilseler bile tekrarlama risklerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (31). Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (EDNOS) AN veya BN kriterlerini tam olarak kapsamayan başarısız yeme davranışlarıdır. Bazı çalışmalarda başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları sonrasında anoreksiya ve bulimiya nervozanın geliştiği gözlenmiştir (12). Tıkınırcasına yeme bozukluğu (binge eating) bulimiya nervoza'nın karakteristik özelliklerini gösterir fakat bu kişilerde bulimiya nervozada ki gibi müşil kullanımı, kusma ve diğer davranışlar gözlenmemektedir.

Teoride, tüm bu sınıflandırılan yeme bozuklukları hastalarının özellikleri farklı olmakla birlikte uygulamada ortak özellikleri kendilerini rahatsız edici bir vücut görüntüsü olmasıdır. Bu özelliklerden bazıları çok düşük vücut ağırlığına sahip olup kendilerini obez hissetmek, vücut ağırlıklarının ve şekillerini korkunç görerek abartma durumları, ağırlık kazancındaki korkulardır (9). Çoğu insan kendisini değerlendirirken temelinde ilişkiler, iş, ebeveynlik, mal ve servet birikimleri gibi kategoriler iken yeme bozukluğu olan kişilerin öncelikle öz değerlerini kontrol etme yeteneğinin temeli onların vücut ağırlıkları ve şekilleridir (13).

Yeme bozuklukları için özgün bir neden bilinmemekte olup birçok faktör bu hastalıkların gelişimine neden olabilmektedir. Bu bozuklukların gelişimi ile ilgili diyet yapma davranışının ortak bir uyarıcı olduğu vurgulanmaktadır. Modern toplumlarda ince bedene sahip olmak isteğiyle diyet yapanların çoğu çekici olma amacındadır. İsteyerek diyet yapanların bazı grupları mankenler, dansçılar, sporcular, balerinler gibi iş yaşamında rekabet ortamının ön planda olduğu kişilerdir ve bu kişilerin yeme bozuklukları geliştirme riskleri yüksektir (9). Yine bazı kadınların sosyal taleplerle başa çıkamayıp, çatışma ve rekabet yaşadıkları bununla birlikte bedensel uğraşlara yönelerek diyet yaptıkları gözlemlenmiştir. Anoreksiya nervoza adolesanlarda sık görülüp ileri ki yaşamda etkilemektedir. Anoreksi hastalarında başlangıç yaşı göz önüne alındığında ergenlikteki değişimler ve bu değişimlere uyum sağlamadaki yetersizliklerle ortaya çıktığı açıklanabilmektedir. Yine bu hastalıkların daha sık kadınlarda görülmesi, hastalığın gelişiminde kadınlık psikolojisinin önemini vurgulamaktadır. Özellikle sosyal değişimler, estetik kaygılar ve baskı altında hissetmek bulimiya nervoza'nın gelişimde rol oynamaktadır (14).

4.2.Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri

Yeme bozukluklarının etiyojisi tam olarak bilinmemekle beraber; psikolojik, genetik, biyolojik, sosyokültürel gibi faktörlerle geniş bir yelpazeden kaynaklanabildiği düşünülmektedir (15).

Psikolojik Faktörler: Yeme bozukluklarının gelişiminde kişide özgüven eksikliği, olumsuz duygu ve düşünceleri ifade etme, anlaşmazlıkları çözme güçlüğü, mükemmeliyetçilik duygusu, yüksek başarı beklentisi, suçluluk duyma ve vücut görünümünden aşırı memnuniyetsizlik gibi uç hislerin yaşandığı ve davranışların görüldüğü kişilik ve psikolojik faktörlerin önemli olabileceği düşünülmektedir (16). Yapılan araştırmalarda yeme bozukluğu olan hastaların %50'sinden fazlasında depresyon tanısı bulunmuştur (17). Mükemmeliyetçilik duygusu ile yeme patolojisinin gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Araştırmalar mükemmeliyetçiliğin diğer risk faktörleriyle birleşerek yeme bozukluklarına neden olabileceğini saptamıştır (18). Psikososyal sorun olan vücut memnuniyetsizliği ise kilo kaygısını arttırmakta böylelikle bulimiya nevroza semptomlarını arttırmaktadır. Kişiler vücutlarından memnun olmadığında yanlış ve sağlıksız diyet uygulamalarına yönelmekte ve yeme patolojisini oluşturmaktadır. Araştırmalar memnuniyetsizliğe neden olan faktörler içinde yaş, cinsiyet, obezite başlama yaşı, çocukluğundaki kötü muamele, tıknircasına yeme gibi davranışlar, depresyon gibi psikososyal faktörleri kapsadığı sonucuna varmıştır. Vücut memnuniyetsizliği skoru özellikle tıknircasına yeme sendromu olan kişilerde ve kadınlarda yüksek bulunmuştur (19).

Genetik Faktörler: Yeme bozukluklarının meydana gelmesinde genetik yatkınlığın olabileceği bildirilmekte fakat buna katkıda bulunan belli genleri belirlemek son derece karmaşıktır. Günümüze kadar sadece yeme, faaliyet ve kilo kontrolüne katkıda bulunan daf-2düzenleyici geni gibi, iki yüzden fazla gen olduğu belirlenmiştir (20). Yapılan bir çalışmada anoreksiya nevroza hastalarının kız kardeşlerinde %6,6 oranında anoreksiya nevroza gelişme eğilimi gözlenmiştir (21). Tek ve çift yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalarda ikizlerden birinde yeme bozukluğu olmasının diğer kardeşte de görülme riskini %10-20 arttırdığı sonucuna varılmıştır(17). Birkaç çalışmada anoreksiya ve bulimiya nevroza hastalarının birinci dereceden akrabalarında bu tip yeme bozuklukları görülmesi dikkat çekmiştir (21).

Sosyokültürel Faktörler: Günümüzde toplumun zayıflıkla ilgili görüşlerinin yeme bozukluklarının etiolojisinde önemli olduğu belirtilmektedir (22). Çevre, aile, arkadaşlar ve iletişim araçlarının kişide oluşturduğu baskıların yeme bozukluğunun artmasını ciddi oranda etkilemektedir. Batı kültüründe zayıflığın incelik, başarı, çekici ve güzellik ölçütü olma gibi kültürel baskılar yeme bozukluğu konusunda risk oluşturduğu sosyokültürel çalışmalarda görülmüştür (23). Günümüzde bu toplumsal baskılar medya kanalıyla daha da artmış olup yeme bozukluğu için risk faktörü olabilmektedir. Ayrıca dansçılar, modeller, atletler gibi bazı meslek gruplarının ve psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin, ailesinde yeme bozukluğu, alkolizm, depresyon olanların genel nüfusa göre yeme bozukluklarına yakalanma riskleri daha yüksek bulunmuştur (24).

4.3.Yeme Bozukluklarının Oluşumundaki Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarının son derece kompleks ve farklı risk faktörleri vardır. Son yapılan çalışmalar, anoreksiya ve bulimiya nevroza gibi yeme bozukluklarının tek bir nedenden değil birden çok nedenden kaynaklandığını belirtmektedir. Biyolojik ve psikolojik yatkınlıktan oluşan bireysel risk faktörleri, ailesel risk faktörleri, sosyokültürel risk faktörleri ve korelasyonel risk faktörlerin etkileşimiyle yeme bozuklukları oluşabilmektedir (22). Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, ergenlik döneminde yaşanan fiziksel, duygusal yada cinsel istismarın bu kişilerin ileriki yaşamlarında psikiyatrik bozukluk gelişmesine sebep olurken, bu doğrultuda yapılan çalışmalarda yeme bozuklukları olan hastaların bir bölümünde travma öyküsü saptanmıştır (20).

Bireysel risk faktörleri: (25)

- **Biyolojik:** Şişmanlık, erken menstürasyon
- **Kişilik:** Vücut memnuniyetsizliği, mükemmelliyetçilik duygusu, olaylarla baş edememe, çözüm bulamama, tepkisizlik, özgüven eksikliği
- **Davranış:** Ağırlık kaygısı, diyetel kısıtlama, flörte başlama

Ailesel risk faktörleri:

- **Ebeveynler:** Aşırı koruyuculuk, dışlanma, psikopataloji, şişmanlık, kayıp ya da yokluklar, fiziksel veya cinsel istismar
- **Ailesel Yapı:** Aile içi çatışmalar, yeme bozukluğu olan kişilerle birinci dereceden akrabalık,vücut şekli veya ağırlığı hakkında endişeler

Sosyokültürel risk faktörleri

- **Çevresel:** Arkadaşlar arasındaki ağırlık kaygıları, alay konusu olma, grup içinde zayıf olma idealistliği, spor takımında olmak için ideal ağırlığa ulaşma çabası
- **Toplumsal:** Cinsiyet rolü çatışması, medya baskısı, başarı için fiziksel görünümün önemi, baskın kültürün güzellikteki zayıflık ideali

Değişik ülkelerde yapılan 26 araştırma değerlendirilmiş ve yeme bozukluğu oluşumuyla ilgili 8 risk faktörü saptanmıştır. Bu faktörlerden ağırlık kaygısı, şişmanlık başlangıcı, beden memnuniyetsizliği ve diyetel kısıtlama yeme bozukluğu için spesifik faktörler, erken matürasyon, düşük benlik saygısı, depresyon ve negatif duygusallık ise ek faktörler olarak saptanmıştır (26).

Korelasyonel risk faktörleri: Adipozite, depresyon, diyet yapma ve diyetel kısıtlama, ailenin ve ebeynlerin yetersizliği, atak davranışlar, içalgısal sorunlar, medya etkileri, mükemmeliyetçilik, benlik saygısı, cinsel taciz, ergenlik, ağırlık kaygısı

Nedensel risk faktörleri: Beden memnuniyetsizliği, negatif duygulanım, zayıf olmanın sosyo-kültürel baskısı, uluslar arası zayıf olma idealistliği

4.4.Yeme Bozukluklarının Prevalansı

Yeme bozukluklarının yaygınlık oranlarının temelde iki ölçüme dayandığı bildirilmektedir. Bu ölçümlerden birincisi toplum genelindeki vaka sayısını ifade eden yaygınlığı, diğeri belirli bir zaman diliminde toplumda ortaya çıkan yeni olgu sayısını ifade eden sıklık ölçümleridir. Kullanılan örneklem, çalışmanın yapıldığı dönem ve kültür gibi yöntemsel farklılıklar taşıdığından bu çalışmalar birbirinden farklı oranlarla sonuçlanabilmektedir (14).

Batı toplumlarında yeme bozukluğunun genellikle daha fazla görüldüğü bildirilmekle birlikte son zamanlarda yapılan çalışmalar, gelişmekte olan toplumlarda da yeme bozukluğu görülme oranlarının arttığını göstermektedir (27). Genç kızlarda anoreksiya nervozanın görülme sıklığı %1, bulimiya nervozanın %1 olduğu sonuçlarına varılmıştır. Ayrıca klinik örneklerde erkeklerin kadınlara oranının, 1/10 olduğu, erkeklerde yeme bozukluklarının daha seyrek görüldüğü belirtilmektedir (14). 13,5 milyon Amerikalı genel tahminlere göre anoreksiya, bulimiya veya tıkmırcasına yeme bozukluğu kriterlerine uymaktadır. 2005 yılında 1500 Amerikalı yetişkinle yapılan bir

araştırmada, her 10 kişiden 4'ünde yeme bozukluğu olduğu sonucuna varılmıştır (28). AN ve genel olarak AN'nın yaşam boyu yaygınlığı çift taraflı olarak yapılan üç büyük toplum tabanlı kohort çalışmaları ile değerlendirilmiştir. İsveç'te 1935-1958 doğumlu kohordunda olan kadınlarla yapılan en büyük çift taraflı çalışmada AN %1.2 ve genel olarak (geniş çapta) AN %2.4 bulunmuştur. Avustralya'da 28-39 yaş arası kadınlarla yapılan çift taraflı bir çalışmada, AN prevalansı %1.9 ve genel olarak AN prevalansı %4.3'dür. 1975-1979 doğumlu Finli kadınlarla yapılan benzer bir çalışmada yaşam boyu AN prevalansı ise %2.2 ve genel olarak AN prevalansı %4.2'dir. Aynı doğum kohortunda AN prevalansı yaşam boyu yaygınlığı %0.24 olarak bulunmuştur (29).

Yeme bozukluğu yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada (n=2509) birey üzerinde 13-22 yaş arası genç kız ve kadınların %0.3'ünde anoreksiya nervoza, %0.3'ünde bulimiya nervoza ve %4.2'sinde spesifik olmayan yeme bozuklukları bulunmuştur (30). Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün 2011 yılı bildirisine göre yeme bozukluğu prevalansı 30 milyon kişidir (31).

Yeme bozukluklarının orta ve üst sosyokültürel seviyede görüldüğü konusunda yaygın bir görüş varsa da, bazı araştırmalarda böyle bir sonuç desteklenmemiş olup tüm sosyal sınıflara yayıldığına ilişkin bulgular görülmüştür. Ayrıca beyaz ırkta, adolesanlar ile genç kadınlarda daha yüksek oranlarda görülmüştür (32).

Sanayileşme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kent yaşamı, medya etkisi ve kültürler arası çatışmaların ve etkileşimlerin yaygınlaşması, yeme bozukluklarına olan farkındalığın ve bu hastalıklar ile ilgili yapılan çalışmaların artması toplumdaki yaygınlık artışını belirtmektedir(27).

4.5. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması

4.5.1. Anoreksiya Nervoz (AN)

Anoreksiya Nervoz ilk kez 1500'lü yıllarda, açlığın ve çileciliğin özendirilen ve kutsal olduğu dönemde Simone Porto O.Portio tarafından tanımlanmıştır. Din uğruna dünya zevklerinden vazgeçme anlamına gelerek bu durumu anoreksiya olarak tanımlamıştır. Sonraki dönemlerde iştahsızlık, aşırı hareketlilik, kabızlık ve aşırı zayıflıkla kadın olgular bildirilmiş olup aslında psikiyatrik bozukluk kapsamına girmesi son dönemde mümkün olmuştur (33). DSM-IV tanımlamasına göre anoreksiya nervozalı kişilerde, yaşa ve boya göre olması gereken minimum vücut ağırlığına

ulaşmayı reddetme, düşük ağırlıkta olmasına rağmen kilo almaktan korkma, vücut şeklini ve ağırlığını olduğundan farklı algılama ve amenore(ard arda en az 3 kere adet olmama) gibi karakteristik özellikler görülmektedir (34).

Anoreksiya Nervoza'da :

1. Kişi yaşına ve boyuna göre normal kabul edilen en düşük sınırdaki vücut ağırlığını ya da vücut ağırlığının biraz üzerindeki bir değeri kendisi için uygun bulmayarak reddeder.

2. Kişi yaş ve boy uzunluğu açısından beklenenden daha düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen aşırı derecede ve belirgin bir şekilde kilo almaktan veya şişmanlamaktan korkar.

3. Kişinin vücut şeklini algılayışında bir bozukluk olur. Kendisini değerlendirdiğinde vücut ağırlığı ya da vücut şekli o anki vücut ağırlığının düşük ve şeklinin normal olmamasına rağmen fazla bir yer kapladığını düşünür. Kişi anlamsız ölçüde rahatsızlık duyar ve vücut ağırlığının sağlıksız bir şekilde düşük olduğunun öneminin farkına varamaz (35).

Anoreksiya Nervoza'nın tanı kriterleri DSM-IV' göre 5 maddeden oluşmaktadır;

1. Vücut ağırlığının yaşa ve boya göre normal sınırlarda tutmayı reddetme (ağırlığın yaşa ve boya göre % 15 veya daha altında olması veya birey ergenlik öncesi dönemde ise, büyüme döneminde beklenen miktarda kilo alamaması)

2. Zayıf olunmasına karşın, kilo alma ve şişmanlamaktan aşırı korkma

3. Beden algı bozukluğu (ağırlığın düşük olmasına karşın, hastanın vücudunun veya bazı bölgelerinin şişman olduğunu düşünmesi)

4. Amenore. Kızlarda menarşın gecikmesi (primer amenore) veya daha önce düzenli olan adetlerin en az 3 ay kesilmiş olması (sekonder amenore)

5. Hastalığın kabul edilmemesi ve doktora gidilmemesi (35).

Yapılan bazı çalışmalarda kilo alma fobisinin sadece batı ülkelerindeki anoreksik hastalarda olduğu Hong Kong gibi diğer toplumlarda ise genellikle olmadığı saptanmıştır. Kilo fobisinin kültürel bir kriter olduğu anoreksiya tanısı için esas kriter olmaması gerektiği anlatılmıştır (36,37). Amenore anoreksiyada genellikle fazla zayıflığa bağlı gelişmektedir. Fakat çok zayıf olan bazı kadınlarda hala menstrasyon siklusu devam etmektedir. Bazen ise amenore belirgin kilo kaybı olmadan önce

başlamaktadır. Genellikle bir kişiye ‘‘anoreksiya nervoza tanısı konulması için bu tanı kriterlerinden dördüne sahip olması gerekmektedir (38).

Anoreksiya Nervozası Tipleri

Anoreksiya Nervozası'nın 2 farklı türü bulunmaktadır.

1.Kısıtlama Tipi: Kişi kendisine katı kurallar koyarak enerji ve bazı besinleri aşırı kısıtlayarak, aç bırakarak kilo kaybeder. Tıkınırcasına yemek yeme veya kendisini kusturma, laksatifleri diüretikleri lavmanları yanlış yere kullanma gibi davranışlar görülmemektedir (39).

2.Tıkınırcasına yeme / çıkarma (bulimik tip) Tipi: Kişi düzenli olarak tıkınırcasına yemek yeme ve sonrasında kendisini kusturma, laksatifleri, diüretikleri veya lavmanları yanlış yere kullanma gibi davranışlar sergilemektedir (9).

Anoreksiya Nervozalı kişilerde ölüm oranları oldukça yüksektir. Özellikle genç popülasyonda (15-25 yaş arası) %20'lere ulaşabilmektedir. Ölümlerin çoğunluğu açlık, aşırı zayıflamaya bağlı vücut işlevlerinin bozulması, kardiyovasküler komplikasyonlar ve intihar yüzünden meydana gelmektedir. Anoreksiya nervoza hastaların %30-40'ı tedavi edilirken ve eski yaşamına dönüp hayatına devam ederken %20-30'u kronikleşmektedir. Hastalığın mortalite oranı %5-10'dur. Her yıl tedavi edilen 200 anoreksi hastasından 1'i ölmektedir (38).

Tablo4.5.1:Anoreksiya Nervozalı kişilerin klinik özellikleri, bulguları ve laboratuvar Bulguları(40)

Klinik Özellikler	Bulgular	Laboratuvar Bulguları
Önceleri yavaş sonradan hızlı kilo kaybı	Hipotermi	Anemi, Lökopeni
Kiloya bağlı kendine güven duygusu	Bradikardi	Hipokalemi, hipokloremi
Kilo verme: disiplin Kilo verememe: self kontrol bozukluğu	Periferik ödem	BUN ↑
Kusma, laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı egzersiz	Hipotansiyon	Kortizol ↑
Herkesle birlikte yemek yemekten kaçınma	Kuru cilt	Kolesterol ↑
Hiperaktivite	Dişlerde enema tabakası kaybı	T3 ve T4 ↓
Yemekle obsesyonel uğraşlar (başkalarını yedirme gibi)	Tükürük bezleri hipertrofisi	Östrojen ↓

Anoreksiya Nervozalı kişilerde enerji ve besin ögesi yetersizlikleri ile aşırı ağırlık kaybıyla birlikte hematolojik, kardiyolojik, kemik hastalıkları, gastrointestinal bozukluklar ve nöropsikiyatrik sorunlar gibi birçok sağlık problemleri oluşur. Özellikle medikal komplikasyonların oldukça fazla olduğu bu kişilerde genellikle vücutta kardiyovasküler, iskelet, gastrointestinal, dermatolojik, endokrin ve metabolik sistem etkilenir (41). Kardiyovasküler sistemde oluşan etkiyle; düşük kan basıncı, kalp atım hızı düşüklüğü, taşikardi, konjestif kalp yetmezliği ve genellikle kardiyak yetmezlik nedeniyle ölüme sonuçlanabilmektedir. Düşük kalsiyum alımı, östrojen yetersizliği ve malnütrisyon sebebiyle kemiklerde kireçlenme meydana gelebilmektedir. Gastrointestinal sistemdeki etki ise yemek sonrasında karında aşırı şişlik hissi oluşur. Besin alımındaki yetersizlik ve azalması sonucunda gastrik boşalma gecikerek az miktarda besin tüketimi bile doyumluk hissi yaratabilmektedir. Anoreksiyalı kişilerdeki

dermatolojik sorunlar; deride incelme, kuruma, tırnaklarda kırılmalar ve sarı-turuncu görünümdür. Endokrin fonksiyonlarda da değişiklik gözlenen anoreksi hastalarında aşırı kalori kısıtlaması ve açlık nedeniyle amenore meydana gelebilmektedir. Anoreksiyalı kişilerde genellikle hipotiroid eğilimi fazladır. Bazal metabolizma hızlarının azalması, hipotermi ve soğuğa karşı intolerans oluşabilmektedir. Bu kişilerde karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasını düzenleyen kortizol hormonu yükselebilir. Normal yeme düzenine geçtiklerinde ise metabolizma hızları ve kortizol salınımı normale dönebilmektedir. Ayrıca anoreksiyalı hastalarda anemi, elektrolit dengesizliği, vitamin-mineral eksiklikleri ve böbrek taşları oluşumu da ortaya çıkmaktadır (10).

Anoreksiya Nervozada Tedavi Yaklaşımları

Yeme bozukluklarının tedavisi psikiyatri uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, diyetisyen, diş hekimi ve fizik tedavi uzmanı gibi ilgili branş hekimleri ile multidisipliner ekip çalışması biçiminde yürütülmektedir. Diyetisyenler akut bakım, nüksetmenin önlenmesi, iyileşme gibi tedavi süresince bakım hizmetine katkı sağlar (42).

Anoreksiya Nervozanın çağdaş tedavi yaklaşımlarında amaçlar; (43)

1. Kişiyi olması gereken sağlıklı kilosuna geri döndürmek
2. Kişinin dengeli ve sağlıklı yeme düzenini kazandırmak ve motivasyonunun tedaviye katılımı için arttırmak
3. Fiziksel komplikasyonları iyileştirme tedavisi yapmak
4. Dengeli ve sağlıklı beslenme ile yeme davranışlarını öğrenmek için eğitmek
5. Kişinin psikiyatrik durumunu iyileştirme tedavisi yapmak
6. Sağlıksız ve yanlış yeme tutumları, alışkanlıkları, beslenmeyle ilgili tutarsızlıklarını tekrar gözden geçirmek, kişiye bu konuda yardım etmek
7. Ailenin desteğini sağlamak ve gerektiğinde aile terapisi uygulamak
8. Kişide hastalığın tekrar nüksetmesini önlemek

Anoreksiya Nervozada hastalarında tedavi, tıbbi ve davranışsal bileşenlerinin şiddetine ve kronikleşmesine bağlı olarak hastanede yatarak veya ayakta yapılabilir. Anoreksi hastalarında tedavi uzun sürmekte olup yaklaşık %50'sinin tedavisi başarılı olmaktadır. Hasta eğer olması gereken ağırlığın %25-30 daha altında ise bu tip kişilere

daha kapsamlı tedaviler uygulanmalıdır. Anoreksiya nervoza hastalarının tedavisinde kişilerin hastalığı ve tedaviyi kabullenmemeleri en büyük zorluklardan biridir. Bu durum tedaviyi geciktirmekte ve olanaksız kılmaktadır. Anoreksiya nervoza hastalarının tedavisi 1-5 yıla kadar devam edebilir (44).

Anoreksiya Nervozada hastaneye yatırma, beslenme tedavisi, psikoterapi, psikofarmakolojik tedavi yaklaşımları uygulanabilir.

Hastaneye Yatırma: Yatarak tedavi gören anoreksiya nervoza hastalarında vücut ağırlığı tek kriter değil, tanımlanmamış ağırlık kaybının da tehlikeli boyutları ortaya çıkabilmektedir (45). Hastanın yatarak tedavi görmesi için belirlenmiş kriterler: Ciddi oranda sağlıksız ve yanlış beslenme (olması gereken kilo/boy oranının %75'in altında olması), elektrolit kaybı, hipotansiyon, hipotermi, dehidrasyon, ağır bradikardi gibi fizyolojik dengesizlikler, ayakta tedavi yaklaşımının başarısızlıkla sonuçlanması, akut besin reddi, büyüme ve gelişmenin durması, yanlış beslenme davranışının akut tıbbi komplikasyonları (baygınlık, kardiyak hasar gibi), akut psikiyatrik durumlar (akut psikoz, intihara eğilim gibi), yeme bozukluğu tedavisine müdahil komorbid tanı (obsesif kompulsif bozukluk, ağır depresyon gibi). Yatarak tedavi gören hastaların süreci ayakta tedavi gören hastalardan daha yoğundur. Tedavinin ilk aşamasında tıbbi ve besinsel stabilizasyon ve psikolojik tedavi uygulanır. Diyetisyen hastaların vücut kompozisyonu belirlemeli, enerji alımını gözlemeli, beslenmesini planlamalı ve yeme alışkanlıklarını normalize etmelidir (45,46,47). Anoreksiya nervoza hastaları haftada bir iki kez sabah aç karnına, mesane boşaltılmış bir şekilde, aynı ince giysilerle tartılır. Yatarak tedavi gören anoreksiya nervoza hastalarında haftalık kilo artışının 1-1,5 kg olması gerekmektedir (48,49). Yapılan bir çalışmada anoreksiya nervoza hastalarının haftada 500-750 g gibi daha düşük kilo alım hedefleriyle hastaneden çıktıktan sonra ağırlık kazanımının korunmasında daha olumlu sonuçlar alınmıştır (50). Yapılan başka bir çalışmada ise BKİ değeri ≤ 17.5 kg/m² olan anoreksiya nervoza tanısı konmuş hastalarda hızlı ağırlık artışının daha sonra tekrar hastaneye yatış ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (51).

Hastanelerde hastanın isteğine bağlı olarak nazogastrik beslenme (NG) ve besin destekleri kullanılmaktadır. Oral beslenmeye ek olarak nazogastrik beslenme geceleri uygulanması, sadece oral beslenme uygulamasına göre daha hızlı ve yüksek oranda ağırlık artışını sağladığı bildirilmiştir (52). Genel olarak besin desteklerinin

ağızdan normal beslenmenin yerine değil onlara ek olarak kullanılması önerilmektedir (48).

Günlük tedavi yani kısmi yatış tedavisi hafif AN vakalarında uygulanmaktadır. Hastalara tedavi sırasında günlük 7-10 saat sürelerde iki öğün yemek ve 1-2 ara öğün verilmekte olup psikoterapi, besinsel değerlendirmeler ve ölçümler uygulanmaktadır (53).

Beslenme Tedavisi: Anoreksiya nervozada beslenme tedavisinin temel araçları; beslenme eğitimi, öğün planı, sağlıklı ve dengeli yeme alışkanlıklarının oluşturmak ve hastanın diyet yapmasını önlemektir (54). Hastaya ilk etapta 30-40kal/kg/gün (1000-1600 kal/gün) verilir. İkinci etapta hastanın verilen kalori yükünü kaldırabileceği belirlenince, 70-100 kal/kg/gün ' lük düzeye çıkarılır. Hastaya verilen enerji yükünü kaldırması demek, çevresel ödemin ya da kalp yetmezliğinin ortaya çıkmaması demektir. "Bir deri, bir kemik" kalmış olan hastalarda, bir sıvı formülü, gün içinde altı eşit kez verilerek, gerekli sıvı, elektrolit ve kalori seviyesi sağlanabilir. Hastaya sıvı formülü hastaneye yatırılmanın erken evrelerinde verilmeli, belli ölçüde ağırlık kazanımı olduktan belirli bir süre sonra denetim altında olarak yemek yemeye yönlendirilmelidir. Kişilerin BKİ değerini 19-21 aralığında yani normal düzeye ulaştırmaya çalışılmalıdır (35). Uygulanan diyetle karbonhidrat miktarı, alınan toplam kalorinin yaklaşık olarak %50-55' ini, yağ oranı %30'unu, protein içeriği ise %15-20'sini oluşturmalıdır. Bu hastalarda sık görülen kabızlık gibi sindirim sistemi şikayeti için çözünmez lif kaynakları önerilmektedir. Günlük Tüketilmesi Tavsiye Edilen Miktar (RDA) değerlerinin tamamını karşılayan vitamin ve mineral takviyesi kullanılabilir fakat tedavinin ilk etaplarında demir ilavesi kontrendike olabilmektedir. Tedavi sırasında ek 25mg/gün tiamin kullanılabilir ve tiamin eksikliği saptanması durumunda doz artırılması yapılabilir. AN hastalarında, kalsiyum ve D vitamini takviyesi ile ilgili net bir uygulama bulunmamakla beraber; düşük kemik mineral yoğunluğu riski nedeniyle kalsiyum ve D vitamininden zengin besinler tüketilmesi önerilmektedir (55). Hastaların yeme davranış değişikliğine yönelik eğitiminin uzun süre olması önemlidir. Kişileri boyuna göre olması gereken ağırlıkları ve besinlerin sağlıklarına etkileri konusunda bilinçlendirmek gereklidir (56).

Psikoterapi:

Anoreksiya nervoza hastalarında, başlangıçta belirli bir ağırlık kazanımı olduktan sonra psikoterapi yaklaşımları uygulanabilir. Bireysel bilişsel terapi yöntemleriyle AN'li hastaların bilişsel çarpıtmaları değerlendirilir. Bilişsel yeniden yapılandırma ve sorun çözme gibi terapi yöntemleri ile hastaların uçlarda yer alan ve esnek olmayan düşünüş biçimleri, benlik saygıları ve benlik algıları çevresinde dönen çarpıtılmış düşünceleri ve mükemmeliyetçi davranış durumları çözümlenebilir. Karşı karşıya getirme ve tepkiyi önleme yöntemleri gibi davranışsal yöntemler kullanılabilir. Davranışsal yöntemlerde hastalar, belirli ölçüde bir spor alıştırmalarıyla ya da yiyeceklerle karşı karşıya getirilmesiyle spor yapmayı sürdürmeleri sağlanabilir ya da ödünleyici kusmaları engellenebilir (35). Bilişsel terapi yöntemleri yanlış algıların bireyler tarafından tanınmasına yardım etmeyi amaçlayan bir psikiyoterapötik yöntemdir. Bu yöntemin anoreksiya nervoza hastaları için kullanımı zordur çünkü nörotransmitter salgıları ve fonksiyonlarındaki bozukluklar hastanın tedaviye cevabını sınırlandırmaktadır (53). Özelleştirilmiş bir müdahale olan aile tabanlı terapiyle aileleri ile birlikte yaşayan hastalarda bir aile çözümlemesi yapılması ve gerekli girişimlerde bulunulması gerekir (35). Hastalığın seyirindeki direnci etkileyen faktörlerden biri de hastalık başlangıcının genellikle ergenlik döneminde olmasıdır. AN' ye özgü psikoterapi sırasında, özellikle başlangıçta AN'li kişi pasif bir direnç içinde olduğu ve dile dökmekte zorluk yaşadığı için, terapistin daha etkin rol alması gerekebilir. Terapist; duygusal gereksinimlerini tehlike olarak yaşayan ve bunları inkar eden anoreksiya nervozalı hastayı, yavaş yavaş emosyonel gereksinimleriyle ilişkiye sokar ve bu ilişkinin oluşturabileceği dağılma korkularını gidermeye çalışır. Burada hastanın kendine güvende hissetmesi terapötik çerçeve desteğiyle olur (57).

Psikofarmakolojik Tedavi: Anoreksiya nervozanın seyir süresince ilaç tedavisini destekleyen kanıtlar güçlü olmadığı için tedavi algoritmalarında ilaç tedavisi ilk sırada yer almamaktadır. AN' da ilaç tedavisi gerekli olduğu durumlarda hastalığa eşlik eden anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikopatolojilerin varlığında veya beslenme rehabilitasyon programlarına destek olmak için önerilmektedir (58). Anoreksiya nervozalı hastaya verilebilecek olan birtakım ilaçlar hastane tedavisini güçlendirebilir. Yüksek dozlarda siproheptadin (24mg/gün' e dek) verilmesi, kısıtlı tür anoreksiya hastalarında, ağırlık kazanımını kolaylaştırırken bir

nebze antidepresan bir etkide göstermektedir. Ağır obsesif-kompulsif hastalarında klorpromazin yararlı olduğu belirtilmiştir. Hastaların bu ilaca düşük dozlarda başlaması (günde üç kez 10 mg), gerektiğinde arttırılması önerilmektedir (35).

4.5.2.Bulimiya Nervozza (BN)

Bulimiya nevrozanın kökeni “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) sözcüklerinden gelmektedir. Anlam olarak “ öküz kadar aç olmak” veya “bir öküzü yiyecek kadar aç olmak” denilebilir. Bulimiya nervozza tekrarlayan tıkanırcasına yeme durumu ve yemeyi kontrol edememe, kilo alma ve bir yandan da kilo almayı önleme çabaları ile belirtilen bir yeme bozukluğudur (59). Bulimiya nervozalı hastalarının karakterize özellikleri arasında beden ağırlığı ve şekliyle zihinsel etkilenme, benzer durumdaki periyotlarla birçok insanın tüketemeyeceği kadar besin tüketme, bu periyotlarda kontrolsüz yeme davranışları, aşırı besin tüketimi sonrasında kendini kusturma, laksatif, diüretik ve lavman kullanımı, aşırı egzersiz, kendini aç bırakma gibi arınma davranışları ve bu davranışların 3 ay süresince haftada en az 2 kez olması, tüm bu davranışların anoreksiya nervozza ile birlikte olmaması durumları bulunmaktadır (10). Bulimiya nervozaya tüm toplumlarda yaklaşık % 1 – 2 oranında rastlanıp, vakaların %90-95’ini kadınlar oluşturmaktadır. Ayrıca genç kadınlarda erkeklerden 10 kat daha fazla görülmektedir. Genellikle bulimiya nevrozanın başlangıcı geç ergenlik ya da erişkinlik dönemidir. Bulimiya nevrozanın yaygınlığına ilişkin yapılan çalışmalarda ergen ve erişkin genç kadınlarda yaklaşık %1’lik yaygınlık hızı olduğu görülmüştür. Bulimiya nervozada mortalite oranı yaklaşık %3’tür (12).

Bulimiya Nervozza’nın tanı kriterleri DSM-IV’ göre 5 maddeden oluşmaktadır.

1) Belirli periyotlarda tıkanırcasına yeme durumu: Örneğin 1 saat gibi herhangi bir zaman periyodunda tüketilen, birçok kişinin aynı süre ve miktarda tüketemeyeceği kadar besin tüketmek, atak esnasında kendini kontrol edemeyerek yemeyi durduramamak

2) Ağırlık artışı önlemek için belirgin periyotlarda kendini kusturma, laksatif , diüretik, lavman veya diğer ilaçların kötüye kullanımı, aç bırakma veya aşırı egzersiz yapılması gibi yanlış davranışlarda bulunmak

3) Ortalama olarak 3 ayda en az haftada 2 kez tıkanırcasına ve kontrolsüzce yeme durumu ve uygunsuz dengeleyici davranışların yapılması.

4) Kendini değerlendirirken beden ağırlığı ve şeklinden zihinsel olarak etkilenmek

5) Anoreksiya nervozadaki kadar beden imajının bozulmaması (35).

Bulimiya Nervozaya Tipleri

Bulimiya nervozanın 2 farklı tipi bulunmaktadır.

1. Çıkartma Olan Tür: Kişi aşırı yemek yeme durumundan sonra suçluluk hissiyle kendini kusturur ya da diüretikler, laksatifler ve lavmanları yanlış yere kullanır

2. Çıkartma Olmayan Tür: Kişi hiç yemek yemez ya da aşırı fiziksel aktivite yaparak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunarak aldığı enerjiyi harcar (60).

Tablo4.5.2: Bulimiya nervozanın klinik özellikleri, fiziksel ve psikolojik bulguları (40)

Klinik Özellikler	Fiziksel Bulgular	Psikolojik Bulgular
Tıkınırcasına kontrolsüzce yeme durumu (binge eating)	Sıvı elektrolit bozuklukları (hipokalemi, hipoloremi, hiponatremi)	Ümitsizlik, çaresizlik
Enerjisi yüksek besinlerin tercih edilmesi	Menstruasyon düzensizliği	Suçluluk duygusu
Spontan/ planlı, gizli	Kas zayıflığı	Kötümserlik
Kusma, laksatif ve diüretik kullanımı,	Ödem	Özeleştirici
Normal kilo, hafif kilolu ya da hafif zayıflık durumu	Gastrit, özefajit, çanak mide, kabızlık	Kronikleşen depresyon
Aşırı egzersiz	Kusma ile mide asidini yitirme sonucu metabolik alkaloz ve ağırlık kaybı	Engellenmeye kısıtlanmaya tahammülsüzlük
Binge öncesi depresif, yalnızlık durumları binge sonrası rahatlama, kusma sonrası suçluluk duygusu	Yorgunluk durumları ve kardiyak aritmileri	Tekrarlayan anksiyete belirtileri

Yapılan bir çalışmada, normal kilolu bulimik hastaların diğer yeme bozukluğu olan hastalara göre ağırlık artışı olmaması için daha az enerji aldıkları saptanmıştır. Bir

diğer çalışmada ise bulimiya hastalarının kontrol grubuna göre bazal metabolizma hızlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (61).

Bulimiya nevroza yeme bozukluğu ile açlık hormonu olan ghrelin düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada bulimiya nervozalı bireylerde plazma ghrelin düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (62).

Bulimiya Nervozası Tedavi Yaklaşımları

Bulimiya nervozası için beslenme tedavisi, psikoterapi ve farmakolojik tedavi önerilmektedir(29).

Beslenme Tedavisi: Yapılan birçok çalışmada şişman kişilerde diyet yapmanın bulimik semptomların başlama riskini arttırdığı belirtilmiştir. Kişiler kendilerince koydukları ya da yanlış yönlendirmelerle oluşturdukları sağlıksız ve katı kurallı diyet uygulamasının sonucunda tıknırcasına yeme davranışı ile bölünüp beraberinde yarattığı suçluluk nedeniyle arınma davranışları sergileyebilmektedir. Yanlış ve sağlıksız diyet davranışlarının kronikleşmesi serotoninin ön maddesi olan triptofanın azalması ile sonuçlanabilmektedir. Yapılan çalışmalar ise triptofanın düşüklüğü ile tıknırcasına yeme davranışı ve bulimiya nervozası belirtileri arasında anlamlı ilişki bulmuştur (10). Bulimiya nervozası hastalarının beslenme tedavisi anoreksiya nervozası hastalarınınkine benzer özelliktedir. Kişilerin besinlere karşı tepkisi öğrenilerek ve vücut ağırlığı belirlendikten sonra diyeti düzenlenmelidir. Diyetin öğün planlaması günde 3 ana öğün ve 1-2 ara öğünü içermelidir. Diyetin proteini yüksek biyolojik değere sahip ve toplam kalorisinin %15-20'si kadar olmalıdır. Karbonhidrat toplam kalorisinin %50-55'i kadar, yağ ise %15-20'si kadar olmalıdır. Günlük Tüketilmesi Tavsiye Edilen Miktar(RDA) değerlerinin tamamını karşılayan vitamin ve mineral takviyesi kullanılabilir. Bulimiya hastalarında beslenme tedavisinin diğer temel faktörü de bireysel beslenme eğitimidir. Eğer hasta aile ile birlikteyse beslenme eğitimi onları da kapsamalıdır. Beslenme eğitimi enerji dengesinin, ağırlık kontrolünün nasıl sağlanacağı ve diyetle ilgili yanlış bilinen ve uygulanan beslenme bilgilerinin düzenlenmesini içerir (25).

Psikoterapi: Yapılan çalışmalarda yeme bozukluklarının tedavisinde etkili olan psikoterapi yaklaşımları için bulimiya nervozası tedavisinde de bilişsel davranışçı terapilerin diğerlerine kıyasla daha etkili olduğu görülmüştür (63). Bilişsel terapi sonrasında bulimiya nervozası hastalarda %30-50 arasında tamamen iyileşme gözlenmiştir (64). Bulimiya nervozası birçok hasta psikopatolojik yemek yeme

alışkanlığına sahip olduğundan, bunlarda psikodinamik, interpersonal ve aile tedavileri de uygulanabilmektedir. Bilişsel davranış terapisinde ilk etapta bulimiya nervozalı hastaların hastalıkları konusunda eğitimi ve bununla birlikte tedavileri için motivasyonlarının sağlanması önemlidir (65).

Bilişsel davranışçı terapi Fairburn'un modeline göre yaklaşık 20 hafta sürer. İlk etapta tedavide kusmanın bitmesi, yeme eyleminin daha az zihnini meşgul etmesi gibi hedefler belirlenir. Genel olarak tedavi üç aşamada belirlenir. Birinci aşamada tedavinin gerçeği açıklanır ve yeme eylemi üzerinde kontrolü kazanması sağlanır. İkinci aşama olarak sorunu devam ettiren diğer faktörler belirlenerek çözümlenmeye çalışılır. Üçüncü aşamada kişinin yediklerinin farkına varması, normal yeme alışkanlığı kazandırılması ve hastalığın tekrar nüksetmesinin engellenmesi gibi değişikliklerin kalıcı olacağı ve tedavi bittikten sonra bunların devam edeceğine dair güvence verilir.. Bulimiya hastalarına diğer insanlara göre yeme, görüntü ve gıdaya karşı daha hassas oluşlarının bir süre daha devam edebileceği belirtilir. Hastalara tedaviye sürekliliğin önemli olduğu ve aktif katılımın olacağı vurgulanır (66).

Farmakolojik Tedavi: Bulimiya nervozalı hastalarda psikoterapi tedavi yaklaşımı ile iyileşmesi zor olan kişilerde antidepresan ilaç tedavisi yeme ataklarını azaltıp, duygu durum bozukluklarını düzelterip başarı sonuçlar görülebilmektedir. Özellikle dirençli depresif bozukluklarla Bulimiya nervoza birlikte olduğu durumlarda ilaç tedavisi yardımcı olabilmektedir (65).

4.5.3.Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (EDNOS)

APA, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza kriterlerini tam olarak karşılamayan beslenme bozukluklarını başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları olarak tanımlamaktadır (atipik anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza) (67). Yapılan bazı araştırmalarda başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları tedavi edilmezse ve davranışlar devam ederse anoreksiya ve bulimiya nervozanın geliştiğini göstermektedir (12). Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tüm yeme bozukluklarına sahip popülasyonun yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır.

DSM- IV başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları için tanı kriterlerini aşağıda belirttiği şekilde saptamıştır:

- Kadınlar tüm anoreksiya kriterlerini taşır fakat adetlerinin düzenli olması

- Ağırlık kaybı hariç (normal beden kütle indeksine sahip olma) diğer tüm anoreksiya kriterlerinin olması

- Olması gereken vücut ağırlığına sahip bireyin az miktarda besin tüketimi sonrasında bile bunları vücuttan atmak için periyodik olarak uzaklaştırma yöntemleri kullanması

- Tüm bulimiya kriterleri olması fakat tıknırcasına yeme ve bunlardan arınma davranışlarının haftada 2 den az ve süresinin 3 aydan az olması

- Fazla miktarlarda yiyeceği sürekli ve uzun süre çiğneme, yutmama

-Bulimiyada görülen tıknırcasına yemenin olması fakat vücutta arındırma davranışlarının olmaması (9).

4.5.4.Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (BINGE EATING)

Tıknırcasına yeme bozukluğunun tanı kriterleri DSM-IV'e göre şunlardır:

1)Periyodik ve sık sık olan tıknırcasını yeme atakları: Kişi çok kısa zamanda ne yediğini ve miktarını kontrol edemez.

2)Atak sırasında aşağıdaki kontrol kaybı göstergelerinden en az üçünün bulunması

-Olağandan hızlı yeme durumu

-Rahatsız olana kadar yeme

-Yemek yerken yalnız olma isteği

-Aç olmamasına rağmen fazla miktarda yeme

-Aşırı yemek tüketimi sonrasında suçluluk ve depresyon hali

3) Atak geçirdikten sonra kendinden hoşnutsuzluk ve mutsuzluk hissi

4) 6 ayda atakların en az 2 gün olması

5) Anoreksiya ve bulimiya nervoza kriterlerine uymama durumu (35)

Obezite; Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından vücutta yağ dokusunun, sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara yol açabilecek ölçüde artması olarak tanımlanmaktadır(68). Obezite modern toplumlarda en sık görülen sağlık sorunlarının başında gelmektedir(69). DSÖ'nün obezite sınıflandırmasına göre Beden Kitle İndeksi(BKI) esas alınarak obezite durumu belirlenir. BKİ değeri, kişinin vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun (m) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesi ile elde edilir(70). BKİ, kişinin boy uzunluğuna göre vücut ağırlığına değerlendiren bir göstergedir. BKİ vücuttaki yağ kitlesi dağılımı hakkında bilgi vermez(71). BKİ

değerinin 25 kg/m^2 'nin üzerinde olması hafif kiloluluk, 30 kg/m^2 'nin üzerinde olması ise obezite olarak tanımlanmaktadır(72). Yapılan çalışmalar obez bireylerde aşırı yeme durumunun yaygın olarak görüldüğünü belirtmektedir. Fakat bireylerde obezite durumunda ki fazla kilonun sadece yeme tutum ve davranışlarından kaynaklanmadığı bilinmektedir(11). Obezite ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda en çok tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir(73,74).

Yapılan çalışmalar yeme tutum davranışlarının obezite gelişimde önemli bir katkısı olduğunu vurgulamaktadır. Kilo verme programlarına katılan obez katılımcıları yaklaşık %1-30'unda yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır(75,76). Ayrıca yeme bozukluğu olan kişilerde şişmanlığın yeme bozukluğu olmayanlara göre daha erken başladığı görülmüştür. Katı kuralları olan ağır ve yapılması olanaksız diyetler yapmaya erken başlayan kişilerde bu durum daha sık görülmektedir. Ayrıca kilo kontrol programlarına katılan yeme bozukluğu olan obez bireylerin anlamlı derece daha fazla yeme tutumu ile ilgili sorunlar yaşadıklarını saptamıştır(77).

4.5.5.Gece Yeme Sendromu

Gece yemek yeme sendromu DSM-V'te tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları grubunda yer alırken tanı ölçütleri tanımlanmamıştır(10).

Uluslararası gece yemek yeme sendromu çalışma grubunun belirlediği gece yeme sendromu tanı ölçütleri:

- A. Günlük yeme düzeninde akşam/gece önemli bir ölçüde artış göstermesi.
- B. Akşam/gece yeme ataklarına dair hatırlatma ve farkındalık söz konusudur.
- C. Klinik bulgular aşağıdakilerden en az üçüyle karakterizedir.
 - haftada 4 veya daha fazla kahvaltının atlanması
 - Akşam yemeğinden uyuyana kadar kuvvetli yeme arzusu
 - haftada 4 veya daha fazla gece uykusuna dalamama
 - kişinin uykuya dalabilmesi için bir şeyler yemesi gerektiğine inanması
 - Akşamları duygu durumunun daha kötü olması(20).

4.6.Yeme Bozukluklarının Sonuçları

Bulimiya nervozalı kişilerin olması gereken normal vücut ağırlıklarında olduğu sürece yaşamlarını tehdit edici sonuçların olma riski düşüktür. Ancak anoreksiya

nervozalı kişilerde sonuç ölümle sonuçlanabilir. Bulimiya nervozalı kişilerde dış sağlığında problemler, kullanılan ilaçlar nedeniyle şişkinlik ve ödem, tat reseptörlerinde kayıplara rastlanabilmektedir. Aşırı kusmaya bağlı vücutta sıvı elektrolit kayıpları; emilim bozukluğu, dehidratasyon, mide sorunları, halsizlik, yemek borusunda yara, aşırı ishale birlikte rektumda incelmeye görülebilmektedir. Bulimik hastalarda aşırı boyutlara varıldığında kalp ritim bozukluğu ve yetmezliği görülerek ölümle sonuçlanabilir. Bulimik yeme bozukluğunda mortalite oranı %3 civarındadır. Anoreksiya nervozalı kişilerde östrojen hormonun azalması, stres hormonlarındaki artış ve tiroid hormonunda bozukluklara rastlanabilmektedir. Bu hormon bozuklukları ve düzensizlikleri amenore, infertilite ve osteoporoz nedeni olabilmektedir. Ayrıca demir eksikliği anemisi de görülebilir. Anoreksik yeme bozukluğu uzun süre devam ettiğinde beyinde ve sinir sisteminde kalıcı hasarlara neden olabilmektedir (10).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma 15 Mayıs-15 Ağustos 2016 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan Nutrition İstanbul merkezine başvuran 18-64 yaş aralığında 283 yetişkin kadın birey ile gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Nutrition İstanbul merkezine başvuran yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yeme tutumları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma için Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 35 sayılı ve 14.04.2016 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır(Ek 3).

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini İstanbul ilindeki Nutrition İstanbul merkezine 15 Mayıs-15 Ağustos 2016 tarihleri arasında başvuran, yaşları 18-64 arasında değişen 283 yetişkin kadın birey oluşturmuştur. Çalışmanın gerektirdiği istatistik analiz kurgularındaki gruplar arası dağılımların kıyaslanması için tek yönlü varyans analizi, kıkare çözümlemesi, korelasyon araştırmaları için güvenli yoruma olanak sağlaması için yapılan güç (power) analizinde özellikle varyans analizi üç grup kıyaslamaları için, Tip1 hata olasılığı (anlamlılık düzeyi) 0,05, testin gücü en az % 80 (Tip2 hatanın en fazla %20) temel alındığında gereken örneklem sayısının toplam 283 olduğu, NCSS PASS14 (Number Cruncher Statistical System) istatistiksel paket programı ile hesaplanmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Özel bir diyet merkezine başvurmak,
- Ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip olmak,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmaktır.

5.4. Araştırmanın Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak uygulanan anket formu, konu ile ilişkili literatür taraması sonucunda geçmişte yapılan benzer çalışmalar örnek alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Anket formu 7 bölümden oluşmuştur.

Birinci bölümünde; bireyin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumları, meslek durumları, medeni durumları), ikinci bölümünde; bireyin genel sağlık durumu

sigara ve alkol kullanım durumu, kronik hastalık durumu, ilaç ve vitamin-mineral destekleri tüketimi, üçüncü bölümünde; bireyin genel beslenme alışkanlıkları (ana ve ara öğün tüketim durumu, öğün atlama durumu, su ve tuz tüketim durumu gibi), dördüncü bölümünde; bireyin fiziksel aktivite durumları ile ilgili sorular yer almaktadır. Beşinci bölümünde araştırmaya katılan yetişkin kadın bireyin 24 saat önceden alkol alınmamış, herhangi bir hastalık döneminde ve menstürasyon döneminde olmadan en az 3 saatlik açlık sonrasında ki antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, vücut yağ-kası sıvı ağırlığı ve yüzdesi, bazal metabolizma hızı) yer almaktadır.

Anketin altıncı bölümünde yer alan Yeme Tutum Testi (YTT-40) Garner ve Garfinkel tarafından anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza belirtilerini objektif olarak ölçen, 40 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi, tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Diğer yandan ölçek, hastalık için önceden tanı konmamış kişilerde var olan olası yeme tutum bozukluklarını araştırmak amacıyla bir tarama aracı olarak da kullanılmaktadır (78). YTT-40 Savaşır, Erol ve Doğan tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir(79). YTT-40, genç ve yetişkinlere uygulanan ve zaman kısıtlaması olmayan bir ölçektir. Maddeler; “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçektir. Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Yeme tutum testi sonuçları; 1-18-19-23-27-39 numaralı sorular için 'bazen' 1 puan, 'nadiren' 2 puan ve 'hiçbir zaman' 3 puan, diğer seçenekler 0 puan verilerek, diğer soruların yanıtları ise 'daima' 3 puan, 'çok sık' 1 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Anoreksi tanısı YTT için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki her sorudan en fazla 3 puan toplamda ise en fazla 120 puan alınabilmektedir. YTT-40 risk profillerin de; YTT-40 toplam puanı 21'den az ise ‘düşük risk’, 21-30 arasında ise ‘orta risk’, 30'dan fazla ise ‘yüksek risk’ olarak belirlenmiştir. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir(78).

Anket formunun son bölümü olan yedinci bölümde ise katılımcıların besin tüketim durumunun saptanması amacıyla 2 hafta içi 1 hafta sonu olmak üzere 3 günlük

besin tüketimi alınmıştır. Bireye son hafta içinde 3 gün (2 hafta içi,1 hafta sonu) tükettiği tüm besin ve içecek sorulmuştur(Ek 2).

5.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanması için Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 35 sayılı ve 14.04.2016 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır(Ek 3). Onay alındıktan sonra anketin uygulanacağı İstanbul'da bulunan Nutrition İstanbul merkezine araştırmanın amacı, kapsamı hakkında bilgi verildikten sonra izin belgesi alınmıştır(Ek 1). 15 Mayıs-15 Ağustos 2016 tarihleri arasında Nutrition İstanbul merkezine başvuran katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, onayları alınmış gönüllü olarak anket uygulanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Anket formunun beşinci bölümünde yer alan, araştırmaya katılan yetişkin kadın bireylerin merkezde çalışan diyetisyenler tarafından; 24 saat önceden alkol alınmamış, herhangi bir hastalık döneminde ve menstrüasyon döneminde olmadan en az 3 saatlik açlık sonrasında klinik uygulamalara göre güncellenmiş Tanita MC780 profesyonel vücut analiz cihazı ile antropometrik ölçümleri alınıp, kaydedilmiştir. Ölçüm sırasında bireyin elleri ve ayakları çıplak cihazdaki elektrotlara denk gelecek yerleştirilmesine ve üzerinde metal bulunmamasına dikkat edilmiştir. Tanita MC780 cihazının çalışma prensibi Bio Impadance Analysis'dir, 50 kHz elektrik akımı vücudun 5 ayrı bölgesine gönderilmektedir. Kullanıcının segmental analizi yapılarak yağ-kas-sıvı ağırlıkları ve oranları görülmektedir. Tanita MC780 vücut analiz cihazı ile bireylerin kilosu, vücut yağ-kas-sıvı ağırlık ve oranı, bazal metabolizma hızı ölçülüp anketine kaydedilmiştir. Bireylerin boy uzunluğu sabit boy ölçer ile ayakkabı çıkarılarak ayakların birleşik olmasına ve frankfort düzlemde(göz ve kulak kepçesi aynı düzlemde) olmasına dikkat edilerek ölçülmüştür. Bu ölçümler sonucu çıkan Beden Kitle İndeksi (BKİ) değeri Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. DSÖ'ye göre BKİ sınıflaması <18,5 kg/m² zayıf, 18,5-24,9 kg/m² normal, 25,0-29,9 kg/m² fazla kilolu, >30 kg/m² obez olarak kabul edilmektedir(80).

5.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada anket ve antropometrik ölçümlerden elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Windows ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20,0 paket programı ile yapılmıştır. Çalışma verileri ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde değerleri kullanılarak tanımlanmış, nicel verilerinin karşılaştırılması için normal dağılıma sahip değişkenlerin üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile birlikte ikili altgrup kıyaslamaları için Tukey HSD ve Bonferroni posthoc testleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin üç veya daha fazla grup kıyaslanması için ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Niteliksel çalışma verilerinin dağılımlarının karşılaştırılmasında ise Ki-kare ve Fisher kesin olasılık testleri kullanılmıştır. İstatistik kıyaslamalarda anlamlılık sınırı $p < 0,05$ düzeyi dikkate alınmıştır. Besin tüketim kaydı sonuçları, Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) 7 tam versiyon programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bireylerin 3 gün (2 hafta içi, 1 hafta sonu) içinde aldıkları enerji ve makro ve mikro besin öğeleri ortalamaları alınıp günlük yaşa ve cinsiyete göre önerilen ‘‘Diyetle Referans Alım Düzeyi’’ (Recommended Daily Allowance-RDA) değerleri ile karşılama düzeyleri saptanmıştır(80).

6.BULGULAR

Bu çalışma 15 Mayıs-15 Ağustos 2016 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan Nutrition İstanbul merkezine başvuran 283 yetişkin kadın birey ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan 283 yetişkin kadın bireyin yaşı 19 ile 63 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları $34,98 \pm 9,07$ yıldır.

Tablo 6.1: Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	n	%
Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	15	5,3
Ortaokul mezunu	22	7,8
Lise mezunu	73	25,8
Yüksekokul mezunu	173	61,1
Meslek		
Ev hanımı	40	14,1
Memur	88	31,1
İşçi	122	43,1
Emekli	6	2,1
Çalışmıyor	27	9,5
Medeni Durum		
Evli	155	54,8
Bekar	128	45,2
Toplam	283	100

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumu incelendiğinde; % 61,1'inin fakülte/yüksekokul mezunu olduğu, meslek grupları incelendiğinde, bireylerin %43,1'inin işçi olduğu, medeni durum incelendiğinde, bireylerin % 54,8'inin evli, % 45,2'sinin bekar olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1).

Tablo 6.2: Bireylerin sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgilerinin dağılımı

Değişken	n	%
Kronik Hastalık		
Var	34	12
Yok	249	88
Sigara		
Kullanıyor	115	40,6
Kullanmıyor	168	59,4
Alkol		
Kullanıyor	178	62,9
Kullanmıyor	105	37,1
Vitamin-Mineral Desteği Kullanımı		
Kullanıyor	67	23,7
Kullanmıyor	216	76,3
Düzenli İlaç Kullanımı		
Kullanıyor	46	16,3
Kullanmıyor	237	83,7
Günlük Öğün Tüketim Sayısı		
≤ 3	138	48,8
> 3	145	51,2
Öğün Atlama Durumu		
Atlıyor	259	91,5
Atlamıyor	24	8,5
Atlama Öğün		
Sabah	205	72,4
Öğle	46	16,3
Akşam	8	2,8
Atlamıyor	24	8,5
Ara Öğün		
Yapıyor	253	89,4
Yapmıyor	30	10,6
Ara Öğünde Tüketilen Besinler		
Simit-poğaç	10	3,5
Bisküvi-kraker	29	10,2
Şeker-çikolata	22	7,8
Yağlı tohumlar	50	17,7
Meyve-kuru meyve	94	33,2
Süt-yoğurt	48	17
Tüketmiyorum	30	10,6

Tablo 6.2 (devamı): Bireylerin sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgilerinin dağılımı

Ev Dışında Besin Tüketimi		
Tüketmiyor	6	2,1
Her gün tüketiyor	144	50,9
Hafta 1-3 kez tüketiyor	95	33,6
15 günde/ayda 1 tüketiyor	38	13,4
Ev Dışında Tercih Edilen Besin Türü		
Fast-food (hamburger, pizza, kumpir vb.)	56	19,8
Pide / lahmacun / gözleme	45	15,9
Kebap türleri	22	7,8
Izgara çeşitleri	78	27,6
Ev yemekleri	48	17,0
Salata çeşitleri	28	9,9
Tüketmiyor	6	2,1
Yemeklere İlave Tuz		
Ekliyor	55	19,4
Eklemiyor	228	80,6
Gece Yemek Yeme Alışkanlığı		
Var	62	21,9
Yok	221	78,1
Fiziksel Aktivite		
Yapıyor	95	33,6
Yapmıyor	188	66,4
Fiziksel Aktivite Türü		
Yürüyüş	63	22,3
Koşma	9	3,2
Yüzme	4	1,4
Aerobik	19	6,7
Yapmıyor	188	66,4
Fiziksel Aktivite Yapma Sıklığı		
Her gün	2	0,7
Haftada 3-4 gün	31	11,0
Haftada 1-2 gün	45	15,9
15-30 günde bir	17	6,0
Yapmıyor	188	66,4
Toplam	283	100

Çalışmaya katılan bireylerin sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde; %59,4'ünün sigara kullanmadığı, %40,6'sının sigara kullandığı, alkol kullanım durumları değerlendirildiğinde ise %62,9'unun alkol kullanmadığı, %37,1'inin alkol kullandığı belirlenmiştir (Tablo 6.2).

Çalışmaya katılan bireylerin vitamin mineral desteği ve sürekli ve/veya düzenli ilaç kullanımını değerlendirildiğinde; %76,3'ünün vitamin mineral desteği, %83,7'sinde sürekli ve/veya düzenli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.2).

Çalışmaya katılan bireylerin %48,8'inin üç ve daha az öğün tükettiği, %51,2'sinin 3 öğünden fazla öğün tükettiği saptanmıştır. Bireylerin %91,5'inin çoğu zaman öğün atladığı, öğün atlayan bireylerin %79,1'inin kahvaltı öğününü atladığı belirlenmiştir. Bireylerin ara öğün tüketimleri incelendiğinde; %89,4'ünün ara öğün yapmadığı %78,1'inin gece yemek yeme alışkanlığının olmadığı saptanmıştır (Tablo 6.2).

Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite yapma durumu incelendiğinde; %66,4'ünün fiziksel aktivite yapmadığı, fiziksel aktivite yapan bireylerin ise %22,3'ünün yürüyüş yaptığı belirlenmiştir (Tablo6.2).

Tablo 6.3: Bireylerin antropometrik ölçümlerinin dağılımı

Antropometrik Ölçümler	n	Ort.±SD	Min	Max
Boy(cm)	283	164,87±6,33	150	181
Vücut Ağırlığı (kg)	283	73,39±14,24	48,4	123
BKI(kg/m ²)	283	27,04±4,68	18,6	42,1
Vücut Yağ Kütlesi(%)	283	35,49±7,69	13,2	51,4
Vücut Yağ Kütlesi (kg)	283	27,04±10,09	8,1	62,3
Vücut Kas Kütlesi (%)	283	38,04±7,85	25,8	69,1
Vücut Kas Kütlesi (kg)	283	28,08±9,03	18,1	60,5
Vücut Sıvı Kütlesi (%)	283	47,14±6,33	19,8	75,6
Vücut Sıvı Kütlesi (kg)	283	34,20±5,38	18,3	56,2
BMH(kcal)	283	1391,37±170,14	1108	2026

Çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümlerinin dağılımı incelendiğinde; boy ortalaması $164,87 \pm 6,33$ m, vücut ağırlığı ortalaması $73,39 \pm 14,24$ kg, BKI ortalaması $27,04 \pm 4,68$ kg/m^2 olduğu saptanmıştır (Tablo 6.3).

Tablo 6.4: Bireylerin Beden Kütle İndeksi sınıflamasına göre dağılımı

BKI sınıflaması(kg/m^2)	N	%
18,5-24,9	99	35
25-29,9	113	39,9
>30	71	25,1
Toplam	283	100

Çalışmaya katılan bireylerin BKI sınıflamasına göre dağılımları incelendiğinde; %39,9'unun fazla kilolu ($25-29,9$ kg/m^2), %35'inin normal ($18,5-24,9$ kg/m^2), %25,1'inin obez olduğu saptanmıştır (Tablo 6.4).

Tablo 6.5: Bireylerin 3 günlük(2 hafta içi 1 haftasonu) besin tüketim kayıtlarından hesaplanan enerji ve besin öğeleri ortalamalarının RDA önerilerini karşılama oranlarının dağılımı(n:283)

Besin Öğeleri	Ort.± SD	Min	Max	RDA	% RDA
Enerji(Kcal)	1510,4±215,9	1060,7	2154,4	2065	73,1
Karbonhidrat(gr)	142±38,3	31,8	291,5	130	109,2
Protein (gr)	93,5±52,5	50,9	413,3	0.8-1	116,8
Yağ (gr)	62,8±13	34,3	95,3	185,4	33,8
Posa(gr)	21,8±7,2	3,8	46,4	25	87,2
Suda çözünür lif(gr)	8,3±2,5	2,6	17	10	83
Kolesterol(mg)	386,1±102,8	146,1	654,8	200	193
Çoklu doymamış yağ asitleri (gr)	12,5±3,1	5,4	22,5	23	54,3
Tekli doymamış yağ asitleri (gr)	22,2±5,3	10,3	34,5	45,8	48,4
Omega 3 (gr)	2,2±0,9	0,8	5,3	1,1	200
Omega 6 (gr)	10,5±2,7	4,1	19,5	12	87,5
Vit A (mcg)	1245,2±499,5	344	3154,9	700	177,8
Vit D (mcg)	3,5±4,2	0	26	10	35
Vit E (mg)	12,2±3,6	5,5	22,3	15	81,3
Vit K (mcg)	354,6±80,1	161,1	556,7	90	394
Vit C (mg)	113,3±51,4	1,4	335	90	125,8
Vit B1 (mg)	0,8±0,2	0,3	1,7	0,9	88,8
Vit B2 (mg)	1,7±0,3	0,8	2,7	2,4	70,8
Niasin (mg)	22,8±10	4,4	57,2	14	162,8
Pantasit (mg)	5±1,2	1,6	7,8	5	100
Vit B6 (mg)	1,5±0,3	0,7	2,8	1,3	115,3
Biotin (mcg)	50,1±12,1	22	76	30	167
Folik asit (mcg)	258,8±66,2	70,1	452,8	400	64,7
Vit B12 (mcg)	5,7±1,8	0,9	11,3	2,4	237,5
Sodyum (mg)	2330,9±661,4	812,8	6005,2	1500	155,3
Potasyum (mg)	2653,6±755,1	701	4237,7	4700	56,4
Magnezyum(mg)	303,1±55,3	169,4	457,9	320	94,7
Kalsiyum(mg)	980,8±225,2	265,8	1566,5	800	81,5
Fosfor (mg)	1500,6±368,8	173,3	2321,3	700	214,3
Kükürt (mg)	919,2±237,7	310,1	1734,4	1500	61,2
Demir(mg)	12±2,3	5,6	20,3	10	120
Çinko (mg)	12,5±7,2	5	55,1	10	125
İyod(mg)	131,6±67,4	31,1	371,3	150	87,7

Çalışmaya katılan bireylerin YTT-40 sonuçları değerlendirildiğinde; puanları 1 ile 42 arasında değişmekte olduğu, ortalamasının $18,7 \pm 9,1$ puan olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.6: Bireylerin YTT-40 sonuçlarına göre risk sınıflaması dağılımı

YB Risk	N	%
Düşük	124	43,8
Orta	137	48,4
Yüksek	22	7,8
Toplam	283	100

Çalışmaya katılan bireylerin YTT-40 sonuçlarına göre risk profili değerlendirildiğinde; %43,8'inin (n:124) yeme tutum riski düşük ($21 >$ puan), %48,4'ünün (n:137) yeme tutum riski orta ($21-30$ puan), %7,8'inde (n:22) yeme tutum riski yüksek ($30 <$ puan) bulunmuştur (Tablo 6.6).

Tablo 6.7: Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile sosyodemografik özellikleri, sağlık durumları, BKI sınıflaması, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite yapma durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	YTT-40 risk sınıflaması						Toplam		P
	Düşük(n=124)		Orta(n=137)		Yüksek(n=22)		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Eğitim Durumu									
İlkokul mezunu	10	3,5	5	1,8	0	0	15	5,3	0,580
Ortaokul mezunu	11	3,9	9	3,2	2	0,7	22	7,8	
Lise mezunu	32	11,3	35	12,4	6	2,1	73	25,8	
Yüksekokul mezunu	71	25,1	88	31,1	14	4,9	173	61,1	
Meslek									
Ev hanımı	20	7,1	16	5,7	4	1,4	40	14,1	0,551
Memur	43	15,2	38	13,4	7	2,5	88	31,1	
İşçi	51	18,0	63	22,3	8	2,8	122	43,1	
Emekli	3	1,1	3	1,1	0	0,0	6	2,1	
Çalışmıyor	7	2,5	17	6,0	3	1,1	27	9,5	
Medeni Durum									
Evli	64	22,6	80	28,3	11	3,9	155	54,8	0,490
Bekar	60	21,2	57	20,1	11	3,9	128	45,2	
Kronik Hastalık									
Var	19	6,7	14	4,9	1	0,4	34	12	0,239
Yok	105	37,1	123	43,5	21	7,4	249	88	
Sigara									
Kullanıyor	44	15,5	60	21,2	11	3,9	115	40,6	0,255
Kullanmıyor	80	28,3	77	27,2	11	3,9	168	59,4	
Alkol									
Kullanıyor	76	26,9	90	31,8	12	4,2	178	62,9	0,534
Kullanmıyor	48	17,0	47	16,6	10	3,5	105	37,1	
Vitamin-Mineral Desteği Kullanımı									
Kullanıyor	34	12	26	9,2	7	23,7	67	23,7	0,179
Kullanmıyor	90	31,8	111	39,2	15	76,3	216	76,3	
Düzenli İlaç Kullanımı									
Kullanıyor	23	8,1	21	7,4	2	0,7	46	16,3	0,498
Kullanmıyor	101	35,7	116	41,0	20	7,1	237	83,7	
BKI (kg/m²)									
18,5-24,9	31	25*	54	39,4	14	63,6*	99	35	0,030*
25-29,9	59	47,6*	51	37,2	3	13,6*	113	39,9	
>30	34	27,4*	32	23,4	5	22,7*	71	25,1	
Günlük Öğün Sayısı									
≤ 3	56	45,2	72	52,6	10	45,5	138	48,8	0,466
> 3	68	54,8	65	47,4	12	54,5	145	51,2	
Öğün atlama durumu									
Atlıyor	111	39,2	128	45,2	20	7,1	259	91,5	0,523
Atlamıyor	13	4,6	9	3,2	2	0,7	24	8,5	
Gece Yemek Yeme Alışkanlığı									
Var	35	12,4	23	8,1	4	1,4	62	21,9	0,075
Yok	89	20,5	114	40,3	18	6,4	221	78,1	
Fiziksel Aktivite									
Yapıyor	46	16,3	43	15,2	6	2,1	95	33,6	0,503
Yapmıyor	78	27,6	94	33,2	16	5,7	188	66,4	

Ki-kare test - Fisher ve One Way Anova kullanılmıştır. Alt grup kıyaslaması için Tukey HSD ve Bonferroni posthoc testleri kullanılmıştır ** p<0,05 olduğundan aralarında anlamlı ilişki vardır.

Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile BKI sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). BKI değerlerine normal ağırlıkta olan bireylerde yeme bozukluğu riskinin yüksek olduğu, kilolu ve obez bireylerde yeme bozukluğu riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6.7).

Tablo 6.8: Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile antropometrik ölçümleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Antropometrik Ölçümler	YTT-40 risk sınıflaması			P
	Düşük(n=124)	Orta(n=137)	Yüksek(n=22)	
	Ort.± SD	Ort.± SD	Ort.± SD	
Boy(cm)	165,00 *±6,48	164,15 *±6,17	168,64 **±5,25	0,008 *
Vücut Ağırlığı (kg)	75,24±14,71	71,72±13,14	73,40±17,40	0,138
BKI(kg/m ²)	27,76 *±4,61	26,60±4,58	25,74±5,36 *	0,024 *
Vücut Yağ Kütlesi(%)	36,31±7,36	35,22±7,56	32,57±9,73	0,093
Vücut Yağ Kütlesi (kg)	28,73 *±10,55	25,86 *±9,00	25,03±12,77	0,038 *
Vücut Kas Kütlesi (%)	37,58±7,39	38,29±8,27	39,22±7,88	0,587
Vücut Kas Kütlesi (kg)	28,43±9,02	27,69±9,19	28,58±8,44	0,775
Vücut Sıvı Kütlesi (%)	46,78±6,69	47,13±5,81	49,32±7,19	0,224
Vücut Sıvı Kütlesi (kg)	34,72±5,20	33,55±5,47	35,42±5,63	0,117
Bazal Metabolizma Hızı(kcal)	1409,83±176,55	1372,64±163,32	1404,00±170,25	0,198

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

***' ve ***' p<0,05 olduğundan aralarında anlamlı ilişki vardır.*

YTT-40 risk sınıflaması ile bireylerin boy uzunlukları arasındaki ilişki incelendiğinde; yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin boy ortalamaları, düşük ve orta risk yeme bozukluğu olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin BKI ortalaması 27,76±4,61 kg/m², yeme bozukluğu riski orta olan bireylerin 26,60±4,58 kg/m², yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin 25,74±5,36 kg/m² olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin BKI ortalamalarının, yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin BKI ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.8).

YTT-40 risk sınıflaması ile bireylerin vücut yağ kitlesi(kg) ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin vücut yağ kitlesi(kg) ortalamaları, yeme bozukluğu riski orta olan bireylerin vücut yağ kitlesi(kg) ortalamalarından yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6.8).



Tablo 6.9: Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile 3 günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan enerji ve besin öğeleri ortalamalarının RDA önerilerini karşılama oranlarının dağılımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Enerji ve Besin Öğeleri	YTT-40 risk sınıflaması			P
	Düşük(n=124) Ort.± SD	Orta(n=137) Ort.± SD	Yüksek(n=22) Ort.± SD	
Enerji(Kcal)	1516,51±227,18	1502.31±204,48	1527,23±229,05	0,810
Karbonhidrat (gr)	143,84±40,62	141,09±37,52	138.32±29,74	0,755
Protein (gr)	99,37±65,29	89,95±4207	82,68±13,08	0,212
Yağ (gr)	62,48±12,75	62,32±13,24	68,32±13,02	0,124
Posa(gr)	21,18±6,98	22,67±7,38	19,89±738	0,109
Sudaçözünür lif(gr)	7,88±2,28*	8,85±2,74*	8,11±247	0,015*
Kolesterol(mg)	389,57±99,13	381,28±104,39	396,58±116,00	0,716
Çoklu doymamış yağ asitleri (gr)	12,57±3,04	12,42±3,13	13,16±3,99	0,587
Tekli doymamış yağ asitleri (gr)	22,05±5,29	2210±5,34	24,55±5,35	0,113
Omega 3 (gr)	2,23±1,00	2,27±0,99	2,57±0,92	0,331
Omega 6 (gr)	10,41±2,66	10,57±2,66	11,52±3,15	0,212
Vit A (mcg)	1230,64±495,97	1272,57±521,78	1156,99±365,16	0,550
Vit D (mcg)	4,36±5,48*	2,67±2,67*	3,91±3,54	0,019*
Vit E (mg)	12,25±3,39	12,37±3,86	11,45±3,80	0,552
Vit K (mcg)	353,54±79,57	352,31±78,29	375,97±95,07	0,430
Vit B1 (mg)	0,86±0,16	089±0,24	0,97±0,25	0,057
Vit B2 (mg)	1,78±0,35	1,80±0,33	1,83±0,41	0,790
Niasin (mg)	23,30±10,73	22,42±9,77	22,55±7,43	0,773
Pantastit (mg)	5,06±1,25	5,08±1,22	5,40±0,91	0,474
Vit B6 (mg)	1,58±0,41	1,52±0,38	1,56±0,36	0,416
Biotin (mcg)	48,73±12,43	51,34±11,78	51,34±12,17	0,200
Folik asit (mcg)	259,30±65,27	260,03±68,51	248,47±59,00	0,746
Vit B12 (mcg)	5,72±1,89	5,67±1,93	6,44±1,62	0,207
Vit C (mg)	109,29±45,29	119,57±58,07	97,19±33,60	0,084
Sodyum (mg)	2342,33±886,68	2356,64±875,59	2107,19±97551	0,466
Potasyum (mg)	2639,30±682,40	2673,67±640,18	2609,79±69811	0,870
Magnezyum(mg)	296,12±52,92	310,48±56,50	297,06±57,51	0,096
Fosfor (mg)	1481,43±327,73	1504,60±402,20	1584,47±375,42	0,477
Kükürt (mg)	871,07±209,06*	969,01±261,02*	880,85±174,39	0,013*
Demir(mg)	11,75±2,51	12,23±2,22	12,13±2,28	0,259
Çinko (mg)	13,52±9,05	12,03±5,75	10,70±2,89	0,116
İyod(mg)	132,28±64,70	134,29±73,58	111,15±31,92	0,325
Kalsiyum(mg)	975,19±229,89	989,10±227,56	961,75±188,13	0,811

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. **'p<0,05 olduğundan aralarında anlamlı ilişki vardır.

Bireylerin enerji, karbonhidrat, protein, yağ tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.9).

Bireylerin suda çözünür lif tüketimleri incelendiğinde; yeme bozukluğu riski orta olan bireylerin düşük olan bireylerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 6.9).

Bireylerin D vitamini tüketimi incelendiğinde; yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin D vitamini tüketimi ile yeme bozukluğu riski orta olan bireylerin D vitamini tüketimi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo 6.9).



7.TARTIŞMA

Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yeme tutumları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile yapılan bu çalışma 283 yetişkin kadın birey ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yaşı 19 ile 63 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları $34,98 \pm 9,07$ yıldır. Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; % 61,1'inin fakülte/yüksekokul mezunu, % 25,8'inin lise mezunu olduğu saptanmıştır. Meslek grupları incelendiğinde, bireylerin %43,1'inin işçi, % 31,1'inin memur, %14,1'inin ev hanımı, % 9,5'inin çalışmadığı saptanmıştır. Medeni durum incelendiğinde, bireylerin % 54,8'inin evli, % 45,2'sinin bekar olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1). Brezilyada 178 obez kadın üzerinde yapılan bir çalışmada; bireylerin yaş ortalamalarının 63,41 yıl, %46'sının evli, %41'inin bekar olduğu, %74,8'inin eğitim düzeyinin yüksek olduğu ve en az 12 yıl ve üstünde eğitim aldığı görülmüştür (74). 18-60 yaş arası kadınlar üzerinde yapılan bir diğer çalışmada yaş ortalaması $29,21 \pm 11,63$ yıl olarak bulunmuş ve bireylerin aldıkları eğitim süresi ortalama 13 yıl olarak bulunmuştur (81). Yapılan çalışmalarda ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile eğitim seviyesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu göstermektedir(82). Yapılan bu çalışma, kişilere sağlıklı yaşam bilinci kazandırmak açısından önemlidir.

Çalışmaya katılan bireylerin sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde; %59,4'ünün sigara kullanmadığı, %40,6'sının sigara kullandığı belirlenmiştir. İlhan ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada sigara kullanan bireylerde yeme bozukluğu riski daha fazla görülmüştür (83). Bireylerin alkol kullanım durumları değerlendirildiğinde ise %62,9'unun alkol kullanmadığı, %37,1'inin alkol kullandığı belirlenmiştir. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde alkol veya madde kullanım bozukluğu olan 72 kadın hasta üzerinde yapılan bir çalışmaya göre DSM-IV kriterlerine göre bireylerin % 77,7'sinde alkol ve/veya madde bağımlılığı , % 22,3'ünde ise alkol-madde kötüye kullanımı bulunmuştur. Bağımlı olan grupta % 16,1'inde yeme bozukluğu saptanmış, kötüye kullanım olanlarda ise yeme bozukluğu saptanmamıştır(84) Bu çalışmaya katılan bireylerin vitamin mineral desteği ve sürekli ve/veya düzenli ilaç kullanımı değerlendirildiğinde; %23,7'sinin vitamin mineral desteği kullandığı, %76,3'ünün vitamin mineral desteği kullanmadığı belirlenmiştir. Bireylerin %16,3'ünün sürekli ve/veya düzenli ilaç kullandığı, %83,7'sinin sürekli ve/veya düzenli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.2).

Vücutun fizyolojik dengesinin sağlanması ve organların korunması açısından öğünlerin tüketim sıklığı ve her öğün alınan besin öğelerinin miktarı ile enerjinin yeterli ve dengeli olması önemlidir. Bunların yanında öğünlerin düzenli bir şekilde tüketilmesi, bireylerin hastalıklara karşı korunması ve daha sağlıklı düşünerek psikolojilerinin iyi olması açısından da çok önemlidir. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nin önerisine göre günde en az 3 öğün tüketilmesi gerekmektedir(1). Bu çalışmada da bireylerin %48,8'inin üç ve daha az öğün tükettiği, %51,2'sinin 3 öğünden fazla öğün tükettiği saptanmıştır (Tablo 6.2)

Malatya Asker Hastanesinde görev yapan sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %26,1'inin öğün atladığı ve öğün atlayan kişilerin %24,6'sının öğle öğününü atladığı bulunmuştur (85). Öğrenciler üzerinde yapılan bir başka çalışmada bireylerin %43,4'ünün öğün atladığını ve öğün atlayan kişilerin %52,6'sının öğle öğününü, %39,7'sinin sabah öğününü atladığı görülmüştür (86). Yetişkin kadınlar üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise en çok sabah öğününün atlandığı ve öğün atlama nedenlerinin çoğunlukla zaman yetersizliği ve zayıflama isteği olduğu görülmüştür(87). Tablo 6.2'de verildiği gibi bu araştırmaya katılan bireylerin %91,5'inin öğün atladığı, %8,5'inin öğün atlamadığı, öğün atlayan bireylerin ise %72,4'ünün kahvaltı öğününü, %16,3'ünün öğle öğününü atladığı belirlenmiştir. Bireylerin ara öğün tüketimleri incelendiğinde; %89,4'ünün ara öğün yaptığı, %10,4'ünün yapmadığı, ara öğün tüketen bireylerin ise %33,2'sinin meyve-kuru meyve, %17,7'sinin yağlı tohumları, %17'sinin süt-yoğurt, %10,2'sinin bisküvi kraker, %7,8'inin şeker-çikolata, %3,5'inin simit-poğaçaya tükettiği belirlenmiştir (Tablo 6.2).

Bireylerin erken yetişkinlik evresi olan üniversite dönemi ile birlikte yaşam şeklinde ve buna bağlı olarak beslenme alışkanlıklarında değişikliklerin başladığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada; öğrencilerin %76'sının dışarıda yemek yediği, en çok tercih edilen yerler arasında cafe, fast-food restoranlarının olduğu görülmüştür. Bireylerde ergenlikten yetişkinliğe geçiş süresinde edinilen beslenme alışkanlıkları ve yaşam biçimi davranışları hayatının devamı için de önemlidir(88). Tablo 6.2'de verildiği gibi bu çalışmaya katılan bireylerin ise %50,9'unun her gün ev dışında besin tükettiği, %2,1'inin hiç tüketmediği, ev dışında besin tüketen kişilerin tercih ettiği besin türünün %27,6'sının ızgara çeşitlerini, %19,8'inin fast-food, %17'sinin ev yemeklerini, %15,9'unun pide/lahmacun/gözleme tükettiği saptanmıştır(Tablo 6.2).

Yağmur B.'nin yetişkin bireyler üzerinde yaptığı bir çalışmada bireylerin %77'sinin gece yemek yeme alışkanlığı olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre gece yemek

yeme alışkanlıkları değerlendirildiğinde; kadınların %78,4'ünün, erkeklerin %73'ünün gece yemek yeme alışkanlığının olduğu bulunmuştur. Cinsiyete göre gece yemek yeme alışkanlığı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (89) Tablo 6.2'de verildiği gibi bu çalışmaya katılan bireylerin %78,1'inin gece yemek yeme alışkanlığının olmadığı saptanmıştır (Tablo 6.2).

Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan bireyler ile yeme bozukluğu olmayan bireyler arasında günlük su tüketimi bakımından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yeme bozukluğu olan bireylerin su tüketimi $2\pm 0,6$ lt, yeme bozukluğu olmayan bireylerin su tüketimi $1,5\pm 0,7$ lt bulunmuştur(90). Bu çalışmaya katılan bireylerin su tüketimi ise $1,5\pm 0,7$ lt bulunmuştur.

Fiziksel aktivite yapmak kişilerin beden sağlığının yanında sosyal yaşamı ve ruhsal sağlığı için de çok önemlidir. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, fiziksel olarak inaktif olmanın kardiyovasküler hastalıkların %30'undan, diyabetin %27'sinden ve bazı kanser türlerinin %21-25'inden sorumlu olduğu bulunmuştur(86). Karakaya K. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada fiziksel aktiviteden yetersiz bir yaşam tarzının her yıl iki milyondan fazla ölüme neden olduğunu göstermiştir(92). Tablo 6.2'de verildiği gibi çalışmaya katılan bireylerin % 66,4'ünün fiziksel aktivite yapmadığı, %33,6'sının fiziksel aktivite yaptığı, fiziksel aktivite yapan bireylerin %66,3'ünün yürüyüş, %20'sinin aerobik, %9,5'inin koşu, %4,2'sinin yüzme yaptığı belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapan bireylerin %47,4'ünün haftada 1-2 gün, %32,6'sının haftada 3-4 gün, %17,9'unun 15-30 günde bir sıklıkta fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir (Tablo 6.2). Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fiziksel aktivitenin önemi benimsenmeli, gerekli eğitimler verilmeli ve uygulamaları için uygun koşullar ile desteklenmelidir.

Obezite, görülme sıklığı tüm dünyada artan, bireylerde yaşam kalitesini fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan düşüren ve sağlığa bütünüyle zarar veren kronik bir hastalıktır. TURDEP, Türkiye'de obezite prevalansını araştıran önemli bir çalışma olup; 1997-98 yılında yapılan çalışma (TURDEP-I) sonuçlarında bireylerin %22'si obez, %35'i hafif şişman, 2010'da yapılan çalışma (TURDEP-II) sonuçlarında ise; bireylerin %36,9'u obez, %37'si hafif şişman olarak bulunmuştur (92). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi Türkiye'de giderek obezite prevalansı artış göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümleri incelendiğinde; boy ortalaması $164,87\pm 6,33$ m, vücut ağırlığı ortalaması $73,39\pm 14,24$ kg, BKİ ortalaması $27,04\pm 4,68$ kg/m²'dir. Bireylerin vücut yağ yüzdesi ortalaması % 35,49 \pm 7,69 iken vücut

yağ ağırlığı ortalaması $27,04 \pm 10,09$ kg; vücut kas yüzdesi ortalaması % $38,04 \pm 7,85$ iken vücut kas ağırlığı ortalaması $28,08 \pm 9,03$ kg; vücut sıvı yüzdesi ortalaması % $47,14 \pm 6,33$ iken vücut sıvı ağırlığı ortalaması $34,20 \pm 5,38$ kg'dır. Bireylerin BMH ortalaması ise $1391,37 \pm 170,14$ kcal'dir (Tablo 6.3). Karakaya ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada; BKI sınıflamasına göre, çalışmaya katılan kişilerin %3,6'sı zayıf, %33,3'ünün fazla kilolu, %23,4'ünün obez olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada kadın bireylerin %31,3'ünün fazla kilolu, %26,3'ünün obez; erkek bireylerin %36,6'sının hafif kilolu ve %18,4'ünün obez olduğu ve cinsiyete göre BKI sınıflaması arasındaki ilişki araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$) (92). Bu çalışmada ise yetişkin kadın bireylerin BKI sınıflamasına göre dağılımı incelendiğinde; %39,9'unun fazla kilolu ($25-29,9$ kg/m²), %35'inin normal ($18,5-24,9$ kg/m²), %25,1'inin obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.4). Obezite; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi sağlık sorunları riskini arttırmaktadır (1). DSÖ verilerine göre Avrupa'daki yetişkin bireylerdeki hipertansiyonun %55'inden, kardiyovasküler hastalıkların %35'inden, diyabetin %80'inden obezite ve fazla kiloluluk sorumludur (94). Obezitenin sebep olduğu tüm bu sağlık problemleri kadar, kişiler üzerinde oluşturduğu psikolojik ve sosyal etkileri de düşünülerek gereken önlemlerin alınması gerekmektedir.

İnsanın yaşamı için karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler, mineraller ve su olmak üzere 6 grupta toplanan 50'ye yakın besin ögesine gereksinimi vardır. Bu besin öğelerini ihtiyaçtan çok ya da az alımı kişilerde yetersiz ve dengesiz beslenme durumu oluşturarak sağlığın bozulmasına sebep olmaktadır (1,3) Bireylerin 3 günlük (2 hafta içi, 1 haftasonu) besin tüketim kayıtlarından hesaplanan enerji ve besin öğeleri ortalamalarının "Diyetle Referans Alım Düzeyi" (Recommended Daily Allowance-RDA) önerilerini karşılama oranlarının dağılımına bakıldığında; ortalama enerji alımı $1510,4 \pm 215,9$ kcal'dir. RDA'ya göre ihtiyaçlarının %73,1'ini almaktadırlar. Bireylerin RDA'ya göre ortalama karbonhidrat alımı %109,2; ortalama protein alımı %116,8; ortalama yağ alımı %33,8 olduğu saptanmıştır (Tablo 6.5). Bireylerde ortalama günlük enerji alımı RDA değerine göre düşüktür fakat yüksek enerji alan bireyler de bulunmaktadır. Günlük karbonhidrat ve protein alımı bireylerde RDA değerine göre yüksek, yağ alımı ise düşüktür.

Posanın tokluk hissi vererek obezite ve fazla kilonun önlenmesinde, sindirim sisteminin sağlıklı olmasında, koroner kalp hastalıklarına ve kansere karşı korumada önemli etkisi vardır (94). Günlük beslenmede alınması gereken posa miktarı 25-30

mg'dır(96). Çalışmaya katılan bireylerin posa alımı ortalama $21,8\pm 7,2$ gr'dır. Bireyler RDA'ya göre günlük diyetle tüketmeleri gereken posanın %87,2'sini almaktadır. Bireylerde günlük suda çözünür lif alımı ortalama $8,3\pm 2,5$ gr'dır. Bireyler günlük diyetle RDA'ya göre suda çözünür lifin %83'ünü karşılamaktadır (Tablo 6.5). Bireylerin posa ve suda çözünür lif alım düzeyi RDA önerilerinin %70'inden fazlasını karşılıyor olsa da artırılmasında fayda vardır.

Günlük kolesterol tüketiminin 200 mg civarında olması önerilmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin ortalama kolesterol tüketiminin $386,1\pm 102,8$ mg olduğu saptanmıştır. Bireyler RDA'ya göre günlük kolesterol ihtiyaçlarının %193,05'ini almaktadır. Bireylerin günlük diyetinde kolesterol alımları yüksek bulunmuştur (Tablo 6.5).

Bireylerin çoklu doymamış yağ asitleri alımı ortalama $12,5\pm 3,1$ 'dir. Bireyler RDA'ya göre günlük ihtiyaçlarının %54,3'ünü karşılamaktadır. Bireylerin tekli doymamış yağ asitleri alımı ortalama $22,2\pm 5,3$ 'dür. Bireyler RDA'ya göre günlük ihtiyaçlarının %48,4'ünü karşılamaktadır. Bireylerin günlük tekli ve çoklu doymamış yağ asitleri alımlarının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6.5).

Bireylerin omega 3 alımı ortalama $2,2\pm 0,9$ 'dur. Bireyler RDA'ya göre günlük omega 3 ihtiyaçlarının %200'ünü karşılamaktadır. Bireylerin günlük alımının ihtiyaçlarından 2 kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bireylerin omega 6 alımı ortalama $10,5\pm 2,7$ 'dir. Bireyler RDA'ya göre ihtiyaçlarının %87,5'ini karşılamaktadır. Kişilerin RDA değerine göre günlük omega 6 alımının düşük olduğu gözlemlenmiştir(Tablo6.5).

Bireylerde günlük D vitamini alımı ortalama $3,5\pm 4,2$ mcg'dir. Bu yaş grubundaki kadınların günlük alması gereken miktar ise 10 mcg'dir. Bireylerin RDA değerine göre günlük ihtiyaçlarının %35'ini aldıkları gözlemlenmiştir. Bireylerde günlük D vitamini ihtiyacının karşılanmadığı görülmektedir(Tablo6.5). Yapılan araştırmalarda anoreksiya nervozada kemik patolojisinin oluşması ve amenorenin uzun sürmesi D vitamini eksikliği ile ilişkili bulunmuştur(97).

Bireylerde günlük B1 vitamini alımı ortalama olarak; $0,8\pm 0,2$ mcg'dir. Bu yaş grubundaki kadınların günlük alması gereken miktar ise 0,9 mcg'dir. Kişiler RDA değerine göre günlük B1 vitamini ihtiyacının %88,8'ini almaktadır. Bireylerin günlük alımının düşük olduğu gözlemlenmiştir (Tablo6.5). B1 vitaminini yetersiz alan bireylerde, depresyon ve duygusal hassasiyet gibi durumlar görülebilmektedir. B1

vitamininin en iyi kaynaklarından olan tam tahıllı besinler, yağlı tohumlar ve kuru baklagiller günlük yeteri kadar beslenmeye eklenmelidir.

Kadın bireylerin günlük folik asit alımı ortalama $258,8 \pm 66,2$ mcg'dir. Bu yaş grubundaki kadınların günlük alması gereken değer ise 400 mcg'dir. Bireyler RDA değerine göre ihtiyaçlarının %64,7'sini almaktadır. Bireylerin günlük alımının düşük olduğu görülmektedir(Tablo6.5). Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda folik asitin yetersizliği, makrositik anemi ve nöral tüp defekti riskini arttırmaktadır. Folik asitin günlük ihtiyacının karşılanması ve yetersizliğinden kaynaklı sorunların önlenmesi için günlük beslenmeye koyu yeşil yapraklı sebzeler, bezelye, yumurta sarısı, badem, kuru fasulye gibi besinler yeterli miktarda eklenmelidir(98).

Bireylerde günlük B12 vitamini alımı ortalama olarak; $5,7 \pm 1,8$ mcg'dir. Bu yaş grubundaki kadınların günlük alması gereken değer ise 2,4 mcg'dir. Bireyler RDA değerine göre ihtiyaçlarının %237,5'ini almaktadır. Bireylerin ortalama günlük alımının ihtiyaçlarından yaklaşık 2,5 kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir(Tablo6.5).

Bireylerde günlük kalsiyum alımı ortalama $980,8 \pm 225,2$ mg'dır. Bu yaş grubundaki kadınların günlük alması gereken kalsiyum değeri ise 800 mg'dır. Bireyler RDA değerlerine göre ihtiyaçlarının %81,5'ini almaktadır. Bireylerin günlük alımının ihtiyaçlarından az olduğu görülmektedir.(Tablo6.5). Kemik sağlığı için önemli olan kalsiyumun yetersiz alımı osteoporoza neden olmaktadır. Kalsiyum eksikliğinin önlenmesi için süt ve süt ürünleri, koyu yeşil yapraklı sebzeler tüketilmelidir(138).

Yeme bozukluklarının gittikçe arttığı ve son yıllarda büyük oranda artış gösterdiği yapılan çalışmalarda görülmüştür. Yeme bozukluklarına neden olan önemli faktörler arasında bireylerin fiziksel olarak görünümüne önem vermesi, zayıflama ve formda olma isteği yer almaktadır(99,100). Yapılan çalışmalar özellikle bulimiya nervoza ve tıknircasına yeme bozukluğunun yaygın olduğunu göstermektedir. Bu yeme bozukları ise normal kilolu ve hafif kilolu bireylerde daha sık görülmektedir(101). Bulimiya nervoza ergenlik döneminde başlayabileceği görülürken tıknircasına yeme bozukluğu daha geç yaşlarda da görülebilmektedir(28).Yapılan bir çalışmada bireylerin %11,7'sinde yeme bozukluğu riski yüksek çıkmıştır(83). Birçok çalışmada erkeklerde görülen yeme bozukluğunun kadınlardan daha az olduğu saptanmıştır. Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada kız öğrencilerde görülen yeme bozukluğu sıklığının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (102,103). Kadınların %83, erkeklerin %17 olduğu 53 obez hastanın yeme tutumlarının değerlendirilmesinin amaçlandığı bir çalışmada bireylerin yeme tutumu testi ortalama puanı $25 \pm 15,5$ olarak

bulunmuştur. Hastaların %39'unun 30 ve üstünde puan aldığı görülmüştür. Çukurova Üniversitesi'nde okuyan 636 kadın öğrenci üzerinde yapılan bir başka çalışmada YTT-40 testine göre 30'un altında puan alanlarda yeme bozukluğu olmadığı 30 ve üstü puan alanlarda yeme bozukluğu var olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya grubundaki bireylerin %93,7'si 30'un altında puan, %6,3'ü 30'un üstünde puan almıştır (104).

Bu çalışmadaki bireylerin YTT-40 sonuçları değerlendirildiğinde puanları 1 ile 42 arasında değişmekte olup, ortalama $18,7 \pm 9,1$ puan olduğu belirlenmiştir. Bireylerin YTT-40 sonuçlarına göre risk sınıflaması dağılımına bakıldığında; 124'ünde(%43,8) düşük risk ($21 >$ puan), 137'sinde (%48,4) orta risk (21-30 puan), 22'sinde (%7,8) yüksek risk ($30 <$ puan) yeme tutum bozukluğu olduğu bulunmuştur (Tablo 6.6).

Yapılan bazı çalışmalarda bireylerin yeme bozukluğunun obezite, kilo alımı ve kilo verme tedavilerinde başarısız olmasıyla ilgili olduğu görülmüştür (105,106). Yeme bozukluğuna sebep olan faktörler arasında depresif duygu durum bozuklukları, beden imaj kaygısı, sıkıntılı-endişeli olma, diyet kısıtlamaları yapılan çalışmalar sonucunda risk faktörü olarak bulunmuştur (107,108,109). Bazı çalışmalar obezitenin yeme bozukluğuna bir etkisi olmadığını gösterirken, bazı çalışmalar yeme bozukluğu olan kişilerin fazla kilolu ve obez olduğunu göstermektedir (110,111). Yapılan klinik çalışmalarda yeme bozukluğu olan bireylerin obez olmadığı hatta çoğunun normal kiloda olduğu bulunmuştur(121,113). Yapılan bir çalışmada, tıknırcasına yeme bozukluğu olan 43 obez kadın, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan 50 obez kadın ve normal kilolu 43 kadın kontrol grubu olmak üzere 3 grup olarak değerlendirmeye alınmıştır. Grupların vücut ağırlığı ve BKİ ortalaması karşılaştırıldığında kontrol grubu ile tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan grupları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (114). Bu çalışmadaki bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile BKİ sınıflaması, arasındaki ilişki incelendiğinde; BKİ değerine göre normal ağırlıkta olan bireylerin %63,6'sında yeme bozukluğu riski yüksek, %39,4'ünde orta, %25'inde düşük bulunmuştur. Hafif kilolu olan bireylerin %47,6'sında yeme bozukluğu riski düşük, %37,2'sinde orta, %13,6'sında yüksek bulunmuştur. Obez olan kişilerde ise %34'ünde yeme bozukluğu riski düşük, %23,4'ünde orta, %22,7'sinde yüksek bulunmuştur. Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$ $p:0,03$) (Tablo 6.7). Bu fark BKİ değerlerine göre yeme bozukluğu riski düşük ve yüksek olan bireyler arasında anlamlı bulunmuştur Normal ağırlıkta olan bireylerdeki

yeme bozukluğu riski yüksekken, kilolu ve obez bireylerde yeme bozukluğu riski daha düşük bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin YTT-40 risk sınıflamasına göre günlük öğün tüketim sayısı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; günde 3 öğün ve daha az tüketen bireylerin %45,2'sinde yemek bozukluğu riskinin düşük, %52,6'sında orta, %45,5'inde yüksek olduğu bulunmuştur. Günde 3 öğünden fazla tüketen bireylerde ise %54,8'inde yeme bozukluğu riski düşük, %47,4'ünde orta, %54,5'inde yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylerin YTT-40 sınıflama profiline göre günlük öğün tüketim sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$)(Tablo 6.7).

Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan bireylerin %84,8'i öğün atlamazken, %17,1'inin öğün atladığı bulunmuştur. Yeme bozukluğu olmayan bireylerin ise %82,9'unun öğün atlamadığı, %15,2'sinin öğün atladığı bulunmuştur. Yeme bozukluğu ile öğün atlama durumu arasında önemli bir ilişki saptanamamıştır (85). Bu çalışmaya katılan bireylerin öğün atlama durumları ile YTT-40 sınıflamasına göre risk durumu incelendiğinde öğün atlayan bireylerin %45,2'sinde yeme bozukluğu riski orta, %39,2'sinde düşük, %7,1'inde yüksek olduğu bulunmuştur. Öğün atlamayan bireylerin ise %4,6'sında yeme bozukluğu riski düşük, %3,2'si orta olduğu bulunmuştur. Bireylerin YTT-40 sınıflama profiline göre öğün atlama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$)(Tablo 6.7).

Kişilerin gün içinde enerji alımındaki gecikmeyle birlikte sabah yemeleri baskılanıp, akşam ve gece yemelerinin artması durumunda gece yemek yeme sendromu oluşmaktadır(115,116).Yapılan bir çalışmada gece yemek yeme alışkanlığı olan kişilerin aldığı günlük toplam kalori miktarı kontrol grubuyla benzerlik göstermekle birlikte geceleri yenen besin miktarının daha fazla olduğu bulunmuştur(117). Yapılan başka bir çalışmada ise gece yemek yeme alışkanlığının kadın bireylere göre erkek bireylerde daha fazla olduğu bulunmuştur(118). Gece yemek yeme sendromu olan obezler üzerinde yapılan bir çalışmada kişiler, obezite öncesi de gece yemek yeme alışkanlığının olduğunu bildirmişlerdir(119). 2111 erkek ve kadınla yapılan bir çalışmada ise obez kadınlar dışında, gece yemek için kalkmanın 5 yıl önceki ve 6 yıl sonraki vücut ağırlığı değişiklikleri ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Gece yeme davranışının yalnızca kilolu kadınlarda, daha sonra kilo alımına yol açıyor olabileceği bildirilmiştir(120). Çalışmaya katılan bireylerin YTT-40 sınıflama profiline göre gece yemek yeme alışkanlıkları değerlendirildiğinde; gece yemek yeme alışkanlığı olmayan bireylerin %40,3'ünde yeme bozukluğu riski orta, %20,5'inde düşük, %6,4'ünde

yüksek olduğu bulunmuştur. Gece yemek yeme alışkanlığı olan bireylerin ise %12,4'ünde yeme bozukluğu riski düşük, %8,1'inde orta, %1,4'ünde yüksek risk olduğu bulunmuştur. Bireylerin YTT-40 risk sınıflamasına göre gece yemek yeme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$)(Tablo 6.7).

Yapılan bir araştırmada fiziksel aktivite yapan bireylerde olası yeme bozukluğu (YTT puanı ≥ 30) oranı daha fazla bulunmuş fakat yeme bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$). Yapılan başka bir çalışmada profesyonel olarak bir sporla uğraşan olmanın anorektik yeme tutumları açısından önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Bunun olası nedenleri; spor yapan bireylerin çoğu zaman formlarını koruyabilmek için beslenmelerinde kısıtlamalara girmelerinin yanı sıra ağır sporla uğraşan bireylerde özellikle protein kaynaklı besinler ağırlıkta olmak üzere aşırı beslenme zorunluluğu olabilmektedir(121). Bu çalışmada bireylerin YTT-40 risk sınıflamasına göre fiziksel aktivite yapma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; fiziksel aktivite yapan bireylerin %16,3'ünde yeme bozukluğu riski düşük, %15,2'sinde orta, %2,1'inde yüksek olduğu bulunmuştur. Fiziksel aktivite yapmayan bireylerin ise 33,2'sinde yeme bozukluğu riski orta, %27,6'sında düşük, %5,7'sinde yüksek olduğu bulunmuştur. YTT-40 risk sınıflamasına göre fiziksel aktivite yapma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$)(Tablo 6.7).

YTT-40 risk sınıflamasına göre bireylerin antropometrik ölçümleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin boy ortalaması $165,00 \pm 6,48$ cm, orta olan bireylerin boy ortalaması $164,15 \pm 6,17$ cm, yüksek olan bireylerin boy ortalaması $168,64 \pm 5,25$ cm olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p>0,05$). Yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin boy ortalamaları düşük ve orta olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur(Tablo 6.8).

Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin vücut ağırlığı ortalaması $75,24 \pm 14,71$ kg, orta olan bireylerin vücut ağırlığı ortalaması $71,72 \pm 13,14$ kg, yüksek olan bireylerin vücut ağırlığı ortalaması $73,40 \pm 17,40$ kg olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 6.8). Bu fark anlamlı olmasa bile yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin vücut ağırlığı ortalaması orta ve yüksek olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin BKİ ortalaması $27,76 \pm 4,61$ kg/m^2 , orta olan bireylerin BKİ ortalaması $26,60 \pm 4,58$ kg/m^2 , yüksek olan bireylerin BKİ ortalaması $25,74 \pm 5,36$ kg/m^2 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur($p<0,05$ $p:0,02$). Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin BKI ortalamaları, yüksek olan bireylerin BKI ortalamalarından yüksektir(Tablo 6.8).

Yeme bozukluğu riski düşük, orta ve yüksek olan bireylerin vücut kas-sıvı yüzdesi ve ağırlığı ve bazal metabolizma hızı ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 6.8).

Yapılan çalışmalar yeme bozukluğu olan bireylerde duygusal durumlarda yüksek seviyede yeme eğilimi göstermekte olduğu ve kalori tüketme eğiliminde oldukları görülmektedir(117,122). Bireylerin YTT-40 risk sınıflaması ile 3 günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan enerji ve besin öğeleri ortalamalarının RDA önerilerini karşılama oranlarının dağılımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine bakıldığında; yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin enerji tüketimleri ortalama $1516,51\pm 227,18$ kkal, orta olan bireylerin enerji tüketimleri ortalama $1502,31\pm 204,48$ kkal, yüksek olan bireylerin enerji tüketimleri ortalama $1527,23\pm 229,05$ kkal olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerde enerji alımının fazla olduğu görülmektedir($p>0,05$)(Tablo 6.9).

Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin karbonhidrat tüketimi $143,84\pm 40,62$ gr, protein tüketimi $99,37\pm 65,29$ gr, yağ tüketimi $62,48\pm 12,75$ gr; orta olan bireylerin karbonhidrat tüketimi $141,09\pm 37,52$ gr, protein tüketimi $89,95\pm 42,07$ gr, yağ tüketimi $62,32\pm 13,24$ gr; yüksek olan bireylerin karbonhidrat tüketimi $138,32\pm 29,74$ gr, protein tüketimi $82,68\pm 13,08$ gr, yağ tüketimi $68,32\pm 13,02$ gr'dır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.9). Yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin karbonhidrat tüketimi, yeme bozukluğu riski orta ve düşük olan bireylere göre azken protein tüketimlerinin fazla olduğu görülmektedir.

Bireylerin suda çözünür lif tüketimlerine bakıldığında; yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin suda çözünür lif tüketimi $7,88\pm 2,28$ gr, orta olan bireylerin suda çözünür lif tüketimi $8,85\pm 2,74$ gr, yüksek olan bireylerin suda çözünür lif tüketimi $8,11\pm 2,47$ gr'dır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$ $p:0,01$) (Tablo 6.9).

Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin D vitamini tüketimi $4,36\pm 5,48$ mcg bulunmuştur. Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin D vitamini tüketimi ile yeme bozukluğu riski orta olan bireylerin D vitamini tüketimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$ $P=0,019$). Yapılan çalışmalarda anoreksiya ve bulimiya nervoza gibi yeme bozukluğuna bağlı olarak hormon dengesinin bozulması ve kemiklerde mineral kaybı yaşanması osteoporoz için risk faktörü oluşturmaktadır. Özellikle

kalsiyum ve D vitamininin yeterli alımı osteoporozun önlenmesi açısından önemlidir(3). Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin D vitamini tüketimi yeme bozukluğu riski orta olan bireylerin tüketiminin yaklaşık iki katıdır. Diğer geri kalan vitamin tüketimlerinin ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.9).

Yeme bozukluğu riski düşük, orta ve yüksek olan bireylerin mineral tüketimlerinin ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır($p>0,05$) (Tablo 6.9).

Bu araştırmada yeme bozukluklarının görülme riskinin kilo probleminden bağımsız olarak ideal ağırlıktaki bireylerde daha fazla olduğu, yeme bozuklukları ile lif, D vitamini gibi besin öğelerinin yetersiz alımı arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin optimal düzeyde bir yaşam sürdürebilmesi için yeterli ve dengeli beslenmenin önemi görülmüştür. Bireylerin enerji alımlarındaki dengesizlikle birlikte psikolojik durumlarında meydana gelen olumsuzluğun yaşam kalitesini düşürücü etkisi olduğu düşünülmektedir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma İstanbul ilinde bulunan Nutrition İstanbul merkezine başvuran 283 yetişkin kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yeme tutumları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılan yetişkin kadın bireylerin yaşı 19 ile 63 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları $34,98 \pm 9,07$ yıldır. Bireylerin çoğu fakülte/yüksekokul mezunudur. Çalışmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğunun öğün atladığı ve öğün atlayan bireylerin en çok kahvaltı öğünün atladığı görülürken çoğunun gece yemek yeme alışkanlığı yoktur. Çalışmaya katılan bireylerin çoğu fiziksel aktivite yapmamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümleri incelendiğinde; boy ortalaması $164,87 \pm 6,33$ m, vücut ağırlığı ortalaması $73,39 \pm 14,24$ kg, BKİ ortalaması $27,04 \pm 4,68$ kg/m^2 'dir. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre; %39,9'unun fazla kilolu ($25-29,9$ kg/m^2), %35'inin normal ($18,5-24,9$ kg/m^2), %25,1'inin obez olduğu bulunmuştur. Bireylerin günlük ortalama karbonhidrat ve protein tüketimi RDA değerine göre yüksek, yağ alımı ise düşük bulunmuştur. Çok yüksek düzeyde yağ alan bireylerde bulunmuştur. Bireylerin YTT-40 sonuçlarına göre puanları 1 ile 42 arasında değişmekte olup, ortalaması $18,7 \pm 9,1$ 'dir. Çalışmaya katılan bireylerin YTT-40 sonuçlarına göre risk dağılımında; %43,8'inin (n:124) yeme tutum riski düşük ($21 >$ puan), %48,4'ünün (n:137) yeme tutum riski orta ($21-30$ puan), %7,8'inde (n:22) yeme tutum riski yüksek ($30 <$ puan) bulunmuştur. Normal ağırlıkta olan bireylerdeki yeme bozukluğu riski yüksekken, kilolu ve obez bireylerde yeme bozukluğu riski daha düşük bulunmuştur. Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin yağ ağırlığı ortalamaları, yeme bozukluğu riski orta olan bireylerin yağ ağırlığı ortalamalarından yüksek bulunmuştur.

Son yıllarda hızla değişen yaşam koşulları ile birlikte, stres faktörleri artışı kişilerin beslenme alışkanlıklarını buna bağlı olarak yeme tutum ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir.

Değişen yaşam koşullarının olumsuz etkilerinden olan obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi sağlık problemlerinin yanında ciddi bir sağlık problemi olan yeme bozukluğunun da arttığı bilinmektedir.

Araştırmamızda da görüldüğü gibi gittikçe artan yeme bozukluğu riskini engellemek için, yeme davranışlarını etkileyen psikolojik, sosyal ve fiziksel etmenleri ortaya çıkarmaya yönelik araştırmalar yapılmalıdır.

Diyetisyene başvuran bireylerin davranış değişikliği tedavisi ile birlikte kilo problemine neden olan beslenme davranışları, fiziksel aktivite düzeyleri ve psikolojik durumları da mutlaka değerlendirilmelidir.

Olumsuz beslenme alışkanlıklarının önceden saptanması, uygun tedavi şeklinin belirlenmesi ve uygulanarak çözümlenmesi sağlanmalıdır.

Bireylerin kalıcı sağlıklı alışkanlıklar edinebilmesi için hedeflenen kiloya ulaşmanın yanı sıra, ideal kilonun korunması, davranış değişikliklerinin sürdürülebilirlik düzeyi takip edilmelidir.

Yaşam kalitesini yüksek tutmak için beslenme bilincini arttırmak adına halkı bilinçlendirmeye yönelik kamu spotları, eğitimler ve seminerlerin düzenlenmesi ve yeme bozukluğu ile beslenme ilişkisi hakkında çalışmaların arttırılması önerilmektedir.



9.KAYNAKLAR

1. **Patrick L.** Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition, *Alternative Medicine Review*, 7(3), 184-202, 2002.
2. **Mahan LK, Stump S.** Krause's food and nutrition therapy, Saunders Elsevier Publishers, Philadelphia, 2008.
3. **Graham Y.** The Ohio State University Extension Fact Sheet, Introduction: Eating disorders awareness, 2015.
4. **Swinburg B, Egger G, Raza F.** Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity, *Prev Med.* 29; 563-570, 1999.
5. **Sallis J, Owen N.** Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer B, Lewis F, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice.* San Francisco: JosseyBass; 462-484, 2002.
6. **Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL,** Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders* 33 (2):143-154, 2003.
7. **Arlı M., Kınacı B., Özgen L.,** Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, yıl: 2012, cilt: 45, sayı: 1, 229-247.
8. **Hocaoğlu Ç., Toker DE.,** (2009) Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4): 36-42.
9. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Erişim:<http://www.worldcat.org/title/diagnostic-and-statistical-manual-of-mentaldisorders-dsm-iv-tr/oclc/43483668/viewport>, Erişim Tarihi: (2016, Mayıs 1)
10. **Baş M. (2007).** Yeme Bozukluklarına Diyetel Yaklaşım ve Ağırlık Denetimi, Yetişkinlerde Ağırlık Denetimi Sertifika Programı Katılımcı El Kitabı, Bolu.
11. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, yıl:2012, cilt:45, sayı:1, 229-247
12. **Kocabaşoğlu N. (2001).** Yeme Bozuklukları. *Yeni Symposium* 39(2): 95-99.

13. **Fairburn CG., Harrison PJ (2003).** Eating disorders 407-416.
14. Türk Psikiyatri Derneği. Yeme Bozuklukları. Erişim:
<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=21>, Erişim Tarihi: (2016, Mayıs 1)
15. **Son G, Hoeken D, Bartelds A, Furth E, Hoek H. (2006).** Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry.* 189;562-563
16. **McCullough M.L, Feskanich D, Stampfer MJ, Giovannucci EL, Rimm EB, Hu FB, (2002)** Diet Quality and Major Chronic Disease Risk in Men and Women: Moving Toward Improved Dietary Guidance: *American Journal of Clinical Nutrition,* 76, 1261-1271.
17. **Deering S. (2001).** Eating disorders: recognition, evaluation and implications for obstetrician/ gynecologist. *Prim Care Update Obstetrician/ Gynecology.* 8;31-35.
18. **Streil Moore RH, Smolak L. (2001).** Eating disorders. *Innoviate Directions in Research and Practice,* American Psychiatry Association Washington DC.
19. **Grilo MG, Masheb RM, Brody M, Burke-Martindale CH, Rothschild BS. (2005)** Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders* 37:347-351.
20. **Kapudan H, Erol A.** Yeme bozukluklarının etiyojisi. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed) 1'inci baskı.* Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 39-44,2013.
21. **Maner F.** Yeme Bozuklukları Psikiyatri Dünyası 5: 130-9, 2001.
22. **Siyez DM.** Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyojisiyle ilgili çalışmalara, müdahale, değerlendirme ve tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 20: 21-27. 2006.
23. **Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL,** Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders* 33 (2):143-154, 2003.
24. **Costarelli V, Stamou D.** Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes. *J Exers Sci Fit* 7(2): 104-111, 2009.

25. **Baş M.** Diyetel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. (Baysal A, Baş M, ed) 1'inci baskı. İstanbul, 202-232, 2008.
26. **Shillak CM, Crago M, Estes LS.** The spectrum of eating disturbances. International Journal of Eating Disorders. 1995, 18:209-219.
27. **Semiz M, Kavakcı Ö, Kugu N, Yağız A, Yontar G.** Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi, 2013,24(3):149-57.
28. Academy of Nutrition and Dietetics. Orthorexia: An Obsession with Eating 'Pure'. Erişim: <http://www.eatright.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442464706>. Erişim Tarihi: (2016, Mayıs 4)
29. **Hoek HW., Hoeken D.,Smink FRE. (2012)** Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep 14:406-414.
30. **Kazkondur İ (2010)** Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa Belirtilerinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Leyla Özgen).
31. National Eating Disorders Association. Get The Facts On Eating Disorders. Erişim:<http://www.nationaleatingdisorders.org/get-factseating-disorders>. Erişim Tarihi: (2016, Mayıs 4)
32. **Keçeli F., (2006)** Yeme Bozukluğu Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik Bozukluğu. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
33. **Ateşçi F., Oğuzhanoğlu NK., Özdel O., (2003).** Bir Anoreksiya Nervosa Olgusu ve Bu Olguya Farmakoterapi ile Birlikte Psikodrama Teknikleri ile Yaklaşım. Rk Psikiyatri Dergisi; 14(2):153-159
34. **Falissard B. (2007)** Eating disorders; interactions between human nutrition research and food behaviors. Trends in Food Science & Technology.1-4.
35. **Köroğlu E. (1994).** DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. 219-224.
36. **Lee S, HO, TP, HSU, LKG. (1993).** Fat phobic and nonfat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. Psychological Medicine. 23:999-1017.
37. **Walsh BT, Kahn CB. (1997).** Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa. Journal of Psychosomatic Research. 44:435-440.

38. **Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S. (1996)** Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *British Journal of Psychiatry*. 168:1495-1502.
39. **Gürhan NŞ.** Obezitenin tedavisinde diyetisyen yaklaşımı ve diyet tedavisinin rolü. *Yetişkinlerde Ağrlık Yönetimi* (Baysal A, Baş M, ed). 1'inci baskı. İstanbul. Türkiye Diyetisyenler Derneği. 152-156, 2008.
40. **BİRMİNGHAM, L., BEUMANT, P. (2004).** *Medical Management of Eating Disorders*. Cambridge.
41. **Baş M.** Diyetel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. *Yetişkinlerde Ağrlık Yönetimi*. (Baysal A, Baş M, ed) 1'inci baskı. İstanbul, 202-232, 2008.
42. **Rosen DS. (2010)** Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence*. *Pediatrics*.126:1240
43. **Yager J, Devlin M, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, Zerbe K (2006).** *Treatment of Patients with Eating Disorders*. Third Edition. 14.
44. **Chial HJ, Mcalpine DE, Camileri M. (2002).** Anorexia nervosa manifestations and management for the gastroenterologists. *American Journal of Gastroenterology*. 97(2):225-269.
45. **Kreipe RE, Birndorf DO. (2001)** .Eating disorders in adolescents and young adults. *Medical Clinics of North America* 84 (4): 1027-1049
46. **Fisher M, Golden NH, Katzman DK. (1995).** Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adol Health Care* 2:332-343.
47. **Rock CL. (1999)** Nutritional and medical assessment and management of eating disorders. *Nutr CLİN Care* 2:332-343
48. **Yücel B.** Anoreksiya nervozada yataklı servis tedavi. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed) 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 151-156, 2013
49. **Hartmann A, Wirth C, Zeeck A. (2007).** Prediction of failure of inpatient treatment of anorexia nervosa from early weight gain *Psychotherapy Research*, 17:2, 218-229

50. **Herzog T. (2004).** Lower targets for weekly weight gain lead to better results in inpatient treatment of anorexia nervosa: a pilot. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 12:164-168.
51. **Willer MG, Thuras P, Crow SJ. (2005).** Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 162: 2374-2376.
52. **Robb A, Silber TJ, Orrell-Valente JK. (2002).** Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short-term outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 159:1347-1353.
53. **ADA. (2001).** Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). Vol:101 (7)
54. **ADA. (2011).** Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J. Am. Diet Assoc.* 111: 1236-1241
55. **Saka B, Çakmakçı Cİ. (2013).** Anoreksiya nervozada temel beslenme ilkeleri. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed) 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 159-169.
56. **Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioglu S, Mercanlıgil SM, Merdol T.K, Pekcan G., Yıldız E.** *Diyet El Kitabı*. 6'ncı baskı. Ankara, Hatiboğlu yayınları, 2011
57. **Küey AG.** Anoreksiya nervozada yataklı servis tedavisi. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed) 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 173-177-156, 2013.
58. **Wilson GT, Shafran R. (2005)** Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet.* Vol 365 (9453), 79-81.
59. **Aydın A, Maner F (2007).** Bulumiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam*; 20 (1) 691-701.
60. **Stunkard AJ, Stellar E. (1984).** *Eating and Its Disorders*. Raven Press, New York.
61. **Devlin MJ, Walsh BT, Katz JL. (1990).** Hypothalamic- pituitary- gonadal Function in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry.* 47:144.

62. **Tanaka M, Nauro T, Muranaga T, Yasuhara D, Shiiya T, Nakazato M, Matsukura S, Nozoe S. (2002)** Increased fasting plasma ghrelin levels in patients with bulimia nervosa. *European Journal of Endocrinology*, 146.
63. **Hay PPJ, Bacaltchuk J, Stefano S. (2004).** Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:1-147.
64. **Düşgör BP.** Bulumiya nervozanın psikanalitik tedavisi. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (Yücel B. Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 201-210, 2013.
65. **Aral Y, Ünüvar N. (1998).** Endokronoloji ve Metabolizma Hastalıklarında Temel Tedavi. Ankara. 381-383.
66. **Maner F.** Bulumiya nervozanın psikanalitik tedavisi. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed) 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 213-224,2013.
67. **Sudi K, Öfl P, Baumgartl P, Tausman K, Müller W. (2004).** Anorexia Athletica *Nutrition*. 29:657-661.
68. Who Expert Consultation. Appropriate Body Mass Index for Asian Populations and its Implications for Policy and Intervention Strategies, *The Lancet*,157-163,2004.
69. **Bakhsi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Zeraati H, Fotouhi A.** Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: results from the National Health Survey, *J Public Health*, 30:429-435, 2008.
70. WHO, BMI Classification.
Erişim:http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim Tarihi: (2016, Mayıs 10)
71. **Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G .** Şişmanlık(obezite) ve fiziksel aktivite.(Koord. Besler T ve Rakıcıoğlu N, ed: Coşkun A, Kesici C, Çelickan E, Bilici S.) *Hastalıklarda Beslenme ve Obezite Bilgi Serisi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, Ankara,235-244;2008.
72. *Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA)*. Saha uygulaması el kitabı. Ankara,2010.

73. **Gürdal KA.** Psikanalitik kuram ve yeme bozuklukları. In Yeme bozuklukları ve obezite,(Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed), Türk Psikiyatri Derneği, Ankara,59-65;2013.
74. **Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS.** Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating, *Int J Eat Disord*, 33:293-293,2003.
75. **Legenbauer T, Vocks S, Betz S, Baguena Puigcerver MJ, Benecke A, Troje NF.**Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: an exploratory study including static and dynamic aspects of body image.*Behav Modif*,35(2):162-86,2011.
76. **Yanovski SZ.** Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord*, 34:117-20,2003.
77. **Spitzer RL, Stunkard A, Yanovski S, Marcus MD, Wadden T, Wing R, Mitchell J, Hasin D.**Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al.'s "the classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal". *Int J Eat Disord*, 1993;13:161-169.
78. **Talwar P.** Factorial analysis of the eating attitude test (eat-40) among a group of malaysian university students, *Malaysian Journal of Psychiatry*, 2011.
-
79. **Savaşır I, Erol N.** Yeme tutumu testi. Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 1989;7(23)19-25.
80. **Westerlund L , Ray C, Roos E.** Associations between sleeping habits and food consumption patterns among 10 –11-year-old children in Finland, *Br J Nutr*,2009, 102:1531-7.
81. **Freitas SR, Lopes CS, Appolinario JC, Countinho W.** The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV, *Eating Behaviors*, August 2006, 7(3); 282-289.
82. **Póinhos R, Franchini B, Afonso C.,**Alimentação e estilos de vida da população Portuguesa: Metodologia e resultados preliminares [Alimentation and life styles of the Portuguese population: Methodology and preliminary results]. *Alimentação Humana*, 2009, 15: 43–60.

83. **İlhan MN, Özkan S, Aksakal FN, Aslan S, Durukan E, Maral I.** Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. Türkiye’de Psikiyatri 2006;8(3): 151-5.
84. **Yüksel H, Fulya M, Murat E, Fethi T, Peykan G.** Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması. Düşünen Adam; 2003,16(1): 24-27.
85. **Ulaş B, Genç MF.** Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007,48;23-32.
86. **Ermış E, Doğan E, Erilli NA, Satıcı A.** Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi, Journal of Sport and Performance Redearches,2015, 6(1);30-40.
87. **Kılıç E.** Üç kuşak kadınının beslenme durumu ve bilgi düzeyleri ile besin hazırlama, pişirme, saklama uygulamalarının karşılaştırılması. G.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
88. **Ayhan DE, Günaydın E, Gönlüaçık E.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. Uludağ Üni. Tıp Fak. Derg. 38(2):97-104,2012.
89. **Yağmur B.** Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı(Ortoreksiya Nervoza)ve Yeme Tutumlarının Saptanması, Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi,İstanbul,2014.
90. WHO: World Health Organization Physical activity and young people. Erişim: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/. Erişim Tarihi: (2016, Mayıs 10)
91. **Satman İ. ve TURDEP-II Çalışma Grubu.** Türkiye Diyabet Prevelans Çalışmaları. TURDEP-I ve TURDEP-II, 47. Ulusal Diyabet Kongresi, Antalya, 11-15 Mayıs 2011.
92. **Karakaya K, Baran E, Tüzün H, Göçmen L, Erata M, Arıkan D, Kökalan YH.** Türkiye beden ağırlığı araştırması. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012.
93. Dünya Sağlık Örgütü, Dünyada obezite görülme sıklığı. Erişim: <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>. Erişim tarihi: (2016, Mayıs 10)

94. **Ayhan DE, Günaydın E, Gönüaık E, Arslan U, einkaya F, Asımı H, Uncu Y.**Uludağ üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,38(2);97-104, 2012.
95. **Samur G ve Mercanlıgil SM.** Diyet posası ve beslenme, TC Sağlık Bakanlığı Yayını, 2. Baskı, 2012, Ankara.
96. **Escalante Boleas M, Franco Vicario R, Bustamante Murga V ve ark.** Bone metabolism and bone mass loss in eating disorders. An Med Interna, 19:143-150, 2002.
97. **Aksoy M.** Beslenme biyokimyası, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2000.
98. **Ağırman A, Maner F.** Yeme bozukluğu ve duygusal istismar: olgu sunumu, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,23:121-127,2010.
99. **Jennifer L, Derenne MD, Eugene V,Beresin MD.** Body Image, media and eating disorders, Academic Psychiatry,30:257-261,2006.
100. **Zipfel S, Löwe B, Herzog W.** Eating behavior, eating disorders and obesity. Ther Umsch, 57(8);504-10, August 2000.
101. **Hay P.** The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey, International Journal of Eating Disorders, 23:371-382,1998.
102. **Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy SH.** Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. American Journal of Psychiatry, 158;570-574, 1993.
103. **elik S, Yoldaşcan EA, Okyay RA, Özenli Y.** Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. Anatolian Journal of Psychiatry 17:42-50, 2016.
104. **Hudson JI, Hiripi E, Pope H, Kessler RC.** The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Biological Psychiatry, 61(3);348-358, 2007.
105. **Sherwood NE, Jeffery RW, Wing RR.** Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders,23(5):485-93, 1999.

106. **Vanderlinden J, Dalle Grave R, Fernandez F, Vandereycken W, Pieters G, Noorduin C.** Which factors do provoke binge eating? An exploratory study in eating disorder patients, *Eating Behaviors*, 2;79-83, 2001.
107. **Benjamin L, Wulfert E.** Dispositional correlates of addictive behaviors in college women: binge eating and heavy drinking, *Eating Behaviors*, 6;197-209, 2005.
108. **Stice E, Presnell K, Spangler D.** Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A two year prospective investigation. *Health Psychology*, 21;131-138, 2002.
109. **Siqueira KS, Appolinario JC, Sichieri R.** Overweight, Obesity, and Binge Eating in a Non-clinical Sample of Five Brazilian Cities, *Obesity Research*, 12;1921-1924, 2004.
110. **Reagan P, Hersch J.** Influence of race, gender and socioeconomic status on binge eating frequency in a population- based sample., *The International Journal of Eating Disorders*, 38;252-256, 2005.
111. **Barry DT, Grilio CM, Masheb RM.** Comparison of Patients With Bulimia Nervosa, Obese Patients With Binge Eating Disorder, and Nonobese Patients With Binge Eating Disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191;589-594, 2003.
112. **Grilo CM.** Binge eating disorder In Fairburn CG, Brownell KD. *Eating disorder and obesity* (2nd ed), New York, 7, Guilford Press.
113. **Babayiğit Z, Alçalar N, Bahadır G.** Obez Kadınlarda Tıkanırçasına Yeme Bozukluğunun Psikopatoloji ve Bilişsel Açıdan İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi. İstanbul, 2013.
114. **Stunkard AJ.** *Eating Disorders and Obesity A Comprehensive Handbook*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
115. **Stunkard AJ, Allison KC, O'Reardon JP.** The night eating syndrome: a progress report. *Appetite* 45:182–186, 2005.
116. **Allison KC, Martino NS, O'Reardon JP, Stunkard AJ.** CBT treatment for night eating syndrome: A pilot study. *Obes Res* 13:A83-A84, 2005.

117. **Aronoff NJ, Geliebter A, Zammit G.** Gender and body mass index as related to the night-eating syndrome in obese outpatients. *J Am Diet Assoc* 101: 102-104, 2001.

118. **Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP, Birketvedt G, Stunkard AJ.** Night eating syndrome among nonobese persons. *Int J Eat Disord* 35:217-222, 2004.

119. **Andersen GS, Stunkard AJ, Sorensen TI, Petersen L, Heitmann BL.** Night eating and weight change in middle-aged men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 28:1338–1343, 2004.

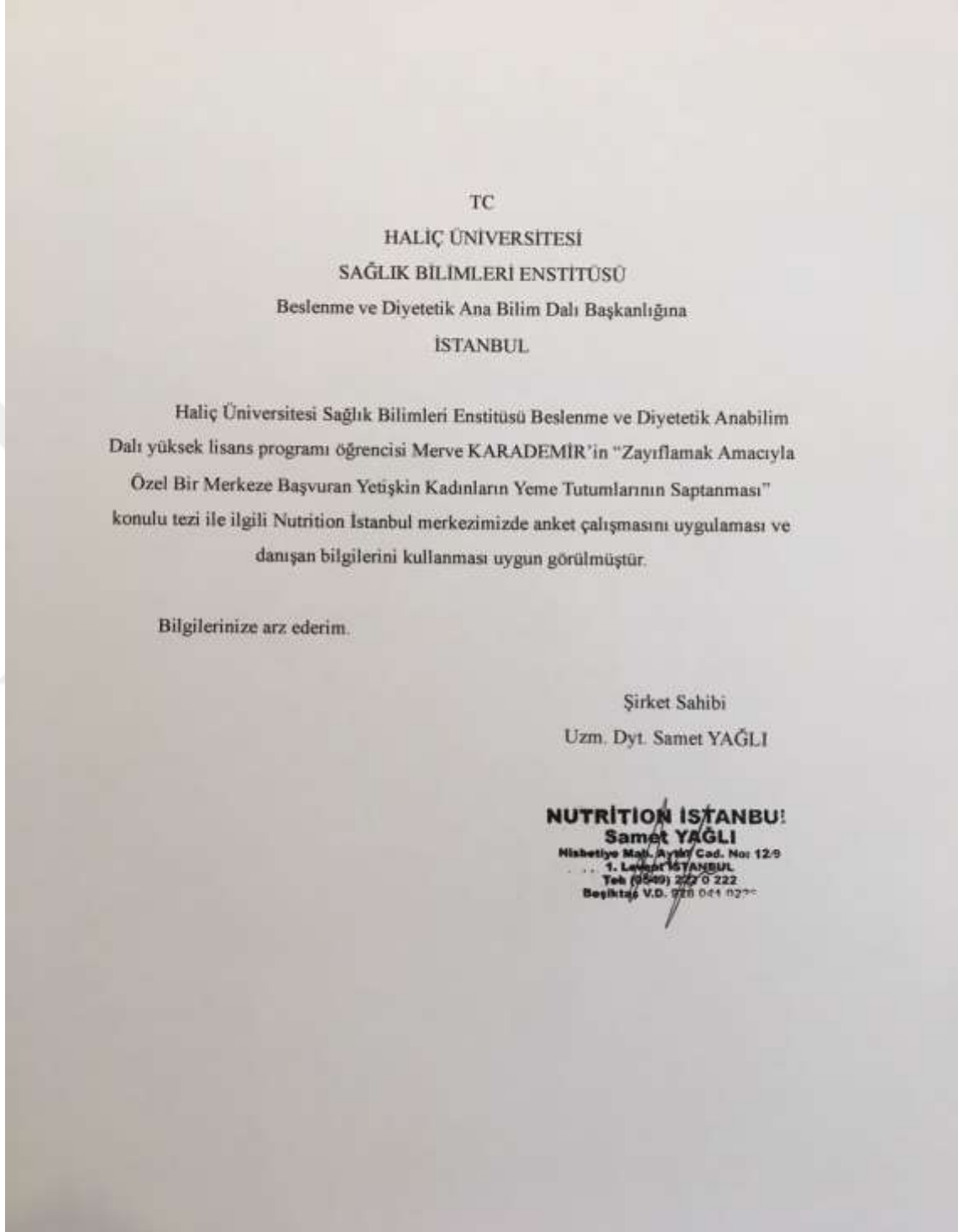
120. **Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D.** Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16(2)75-81,2009.

121. **Swanson SA, Crow SJ, Grange D, Swendsen J, Merikangas KR.** Prevalence and Correlates of eating disorders in adolescents, *Arch Gen Psychiatry*, 68(7):714-723,2011.



10.EKLER

EK-1 Çalışma İzin Kağıdı



EK-2 Anket Formu

Bu anket Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik bölümünde yürütülmekte olan yüksek lisans tezi kapsamında kullanılmak amacıyla *Zayıflamak amacıyla özel bir merkeze başvuran yetişkin kadınların yeme tutumlarının saptanması* amacıyla hazırlanmıştır ve uygulanmaktadır. Bilgileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Vereceğiniz sağlıklı cevaplarla katkıda bulunacağınız için teşekkür ederim.

ANKET NO:.....

I.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Ad Soyad:

1. Yaş(yıl).....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a. Okuryazar değil
- b. İlkokul mezunu
- c. Ortaokul mezunu
- d. Lise mezunu
- e. Yüksekokul mezunu

3. Mesleğiniz nedir?

- a. Ev hanımı
- b. Memur
- c. İşçi
- d. Emekli
- e. Çalışmıyor
- f. Diğer(belirtiniz).....

4. Medeni durumunuz nedir?

- a. Evli
- b. Bekar

II.SAĞLIK DURUMU

5. Kronik bir hastalığınız var mı ?

- a. Evet....
- b. Hayır

6. Sigara kullanıyor musunuz?

a. Evet, kullanıyorum

b. Hayır, kullanmıyorum

7. Alkollü içecek tüketir misiniz ?

a.Evet

b.Hayır

c.Bazen

8. Vitamin – mineral desteği alıyor musunuz ?

a.Evet

b.Hayır

9. Sürekli ve/veya düzenli ilaç kullanıyor musunuz ?

a.Evet

b.Hayır

10. Sürekli ve/veya düzenli ilaç kullanıyorsanız adını, markasını, dozunu ve miktarını yazınız.

.....
.....

III. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

11. Günde kaç öğün tüketirsiniz ?

12. Öğün atlar mısınız?

a. Evet

b. Hayır

13. Cevabınız evet ise en çok hangi öğünü atlarsınız?

a. Kahvaltı

b. Öğle

c. Akşam

14. Ara öğün yapar mısınız?

a. Evet

b. Hayır

15. Cevabınız evet ise ara öğünde ne tür besinler tüketirsiniz?

a. Simit, poğaç

c. Şeker, çikolata

e. Meyve-Kuru meyve

b. Bisküvi, kraker

d. Fındık, fıstık, ceviz

f. Diğer (Belirtiniz)

16. Ev dışında hangi sıklıkla yemek yersiniz?

a. Hiç

- b. Her gün
 - c. Haftada 1-3 kez
 - d. 15 günde 1 -Ayda 1 kez
17. Eğer ev dışında yemek yiyorsanız tercih ettiğiniz yiyecek türleri nedir?
- a. Fast-food (hamburger, pizza, kumpir vb.)
 - b. Pide / lahmacun / gözleme
 - c. Kebap türleri
 - d. Izgara çeşitleri
 - e. Kızartma çeşitleri
 - f. Ev yemekleri
 - g. Salata çeşitleri
 - e. Diğer(Belirtiniz).....

18. Ortalama günlük su tüketiminiz ne kadar?
.....(lt)

19. Gece yatmadan önce ve/veya gece uyanarak yemek yeme alışkanlığınız var mı ?
- a. Evet
 - b. Hayır

20. Yemeklerinize ilave tuz ekler misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

IV. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU

21. Fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

22. Cevabınız evet ise ne tür fiziksel aktivite yapıyorsunuz?

- a. Yürüyüş
- b. Koşma
- c. Yüzme
- d. Aerobik
- e. Diğer(belirtiniz)

23. Cevabınız evet ise ne sıklıkta yapıyorsunuz ?

- a. Her gün
- b. Hafta 3-4 gün

c. Haftada 1-2 gün

d. 15 günde bir

e. Ayda 1

V. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Boy uzunluğu:.....(cm)

Vücut Ağırlığı:.....(kg)

Vücut Kütle İndeksi:.....(kg/m²)

Vücut Yağ Yüzdesi:.....(%)

Vücut Yağ Ağırlığı:.....(kg)

Vücut Kas Yüzdesi:.....(%)

Vücut Kas Ağırlığı:.....(kg)

Vücut Sıvı Yüzdesi:.....(%)

Vücut Sıvı Ağırlığı:.....(kg)

Bazal Metabolizma Hızı:.....(kcal)

VI. YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine 'X' işareti koyunuz.

SORULAR	Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
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 yemeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						

11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
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 kadar 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. (Yalnızca kızlar cevaplandırarak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (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 düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						

35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						



VII. BESİN TÜKETİM KAYDI

Son hafta içinde 3 günlük (2 gün hafta içi,1 gün hafta sonu olmak üzere) besin tüketim kaydınızı doldurunuz.

HAFTAİÇİ

Öğün	Yemek/Besin ve İçecek Adı	Ölçü	Miktar Ağırlık (g)
SABAHA			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

HAFTAİÇİ

Öğün	Yemek/Besin ve İçecek Adı	Ölçü	Miktar Ağırlık (g)
SABAHA			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

HAFTASONU

Öğün	Yemek/Besin ve İçecek Adı	Ölçü	Miktar Ağırlık (g)
SABAHA			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

Zaman ayırıp anketi cevaplandığınız için teşekkür ederiz.

EK-3 Etik Kurul Onay Formu



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 102
KONU: Etik Kurul İzni

14.04.2016

Sayın; Merve KARADEMİR

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Yrd. Doç Dr.Hande ÖNGÜN YILMAZ'ın danışmanlığında araştırmayı planladığınız "Zayıflamak Amacıyla Özel Bir Merkeze Başvuran Yetişkin Kadınların Yeme Tutumlarının Saptanması" isimli araştırma kurulumuzun 14.04.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

S. Kayalı
Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

Merkez Mah. Cendere Cad. No:5 Kağıthane - İstanbul
Telefon No: 0 (212) 924 24 44 / 2205 Faks No: (0 212) 999 78 52
etikkurul@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: MERVE KARADEMİR

Doğum Yeri ve Tarihi: GİRESUN- 30.09.1991

Medeni Hali: BEKÂR

Yabancı Dil: İNGİLİZCE

E-Posta Adres: dytsynmervekarademir@gmail.com

Tel: 05415254748

Eğitim ve Akademik Durumu

LİSE	GİRESUN LİSESİ	2009
ÜNİVERSİTE	T.C HALIÇ ÜNİVERSİTESİ	2014

İŞ TECRÜBESİ:

GÖREV: Beslenme ve Diyet Uzmanı-Habit Sağlıklı Gıda A.Ş. Haziran 2016-halen