



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AĞIRLIK KONTROLÜ YAPAN BİREYLERDE YEME TUTUM
DAVRANIŞI VE DUYGUSAL İŞTAHIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

KÜBRACAN BEKİROĞLU

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi RABİA İCLAL ÖZTÜRK

İSTANBUL-2018

TEŞEKKÜR

Öncelikle çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde bana yol gösteren, sabrını ve desteğini hiç esirgemeyen tez danışanım sayın Dr.Öğr.Üye. Rabia İclal Öztürk' e,

Çalışma boyunca tüm zorlukları beraber üstlendiğim, motivasyon ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim Dyt. Fatma Gizem Bahadır' a,

Yoğun çalışmalarım sırasında sabır gösterdiği ve her türlü kolaylığı sağladığı için sevgili müdürüm Banu Eser' e,

Çalışma süresince anlayış ve desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan Annem' e, Hatice Ablam' a, Duygu Ablam' a, arkadaşlarım ve tüm sevdiklerime,

Teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. Obezite.....	4
4.1.1 Dünya ve Türkiye’deki obezite prevalansı	5
4.1.2. Obezitenin oluşumundaki faktörler	6
4.1.3. Obezite ve komplikasyonları	7
4.1.4. Obezitenin tanı ve tedavisi.....	7
4.2. Yeme bozuklukları	8
4.2.1. Epidemiyolojisi.....	9
4.2.2. Etiyolojisi.....	9
4.2.3. Obeziteye neden olan yeme davranış bozuklukları	12
4.3. Yeme mekanizması	13
4.3.1. Homeostatik yeme	14
4.3.2. Hedonistik yeme	14
4.4. Yeme davranışları.....	16
4.4.1. Emosyonel yeme.....	16
4.4.2. Kısıtlayıcı yeme	17
4.4.3. Dışsal yeme.....	18
5. GEREÇ VE YÖNTEM	20
5.1. Araştırmanın yeri, zamanı ve örneklem seçimi	20
5.2. Verilerin toplanması ve değerlendirilmesi	20
5.3. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi.....	22
6. BULGULAR	23
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	41
8. KAYNAKLAR	45

9. EKLER.....	54
10. ETİK KURUL ONAYI.....	68
11. ÖZGEÇMİŞ.....	71



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AN	:Anoreksiya Nervosa
BEBİS	:Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı
BKİ	:Beden Kütle İndeksi
BN	:Bulimiya Nervosa
Cm	:Santimetre
DEBQ	:Hollanda Yeme Davranış Anketi
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GYS	:Gece Yeme Sendromu
Gr	:Gram
Kg	:Kilogram
Kkal	:Kilokalori
m²	:Metrekare
Mg	:Miligram
N	:Sayı
NHANNES	:Ulusal Sağlık ve Beslenme Çalışması
NTS	:Nucleus Tractus Solitarius
SS	:Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
TEKHARF	:Türkiye’de Erişkin Kalp Hastalığı ve Risk Faktörü Çalışması
TOAD	:Türkiye Obezite Profili Çalışması
TOHTA	:Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TURDEP	:Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi
TYB	:Tıknırcasına Yeme Sendromu,

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1 Dünya Sağlık Örgütü'nün Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması.....	4
Tablo 4.2 Yeme Davranış Bozukluklarını Etkileyen Faktörler	9
Tablo 6. 1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikler.....	23
Tablo 6. 2 Bireyin Vücut Ağırlığındaki İlk Artış Döneminin Dağılımı	24
Tablo 6. 3 Diyetisyene Gitme Sıklık Durumunun Dağılımı	25
Tablo 6. 4 Bireylerin Ağırlık Kaybı Nedenleri	26
Tablo 6. 5 Bireylerin Diyet Programını Uygulama Durumları	27
Tablo 6. 6 Bireylerin Günlük Diyet ile Aldıkları Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri Tüketim Ortalamaları	28
Tablo 6. 7 DEBQ Puanları ve Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanının Karşılaştırılması	30
Tablo 6. 8 Bireylerin DEBQ Puanları ile Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerinin Tüketim İlişkisi	31
Tablo 6. 9 Bireylerin DEBQ Puanları ile Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanı ile BKİ' nin Karşılaştırılması	33
Tablo 6. 10 Bireylerin Diyet Sürecinde Oluşan Olumsuz Duygu Durumu ile DEBQ ve Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanlarının İlişkisi	34
Tablo 6. 11 Fiziksel Aktivite ve DEBQ Puanlarının İlişkisi.....	36
Tablo 6. 12 Üç Faktörlü Yeme Ölçeği ve DEBQ Puanları ile Demografik Özellikleri İlişkisi.....	38
Tablo 6. 13 Bireylerin İlk Ağırlık Artışı Olduğu Dönem ile DEBQ ve Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	39

1. ÖZET

AĞIRLIK KONTROLÜ YAPAN BİREYLERDE YEME TUTUM DAVRANIŞI VE DUYGUSAL İŞTAHIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma 1 Ocak-28 Şubat 2018 tarihleri arasında ağırlık kontrolü yapmak için diyet polikliniğine başvuran bireylerde yeme tutum davranışları ve duygusal iştahın değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Ağırlık kontrolü yapan 19-65 yaş arası 61 kadın ve 39 erkek olmak üzere 100 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların antropometrik ölçümleri yapıp; beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve demografik özelliklerin olduğu anket formu, üç alt ölçekten (duygusal, kısıtlayıcı, dışsal) oluşan Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ve Üç Faktörlü Yeme Ölçeği Anketi uygulanmıştır. Bireylerin yaşı arttıkça duygusal ve dışsal puanları azalmaktadır ($p<0,05$). Vücut ağırlığı artışının yaşandığı dönem cinsiyete göre anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Diyet sürecinde yaşadıkları olumsuz duygu durumları ile DEBQ puanları karşılaştırılmıştır. Depresif duygu durumuna sahip olduğunu belirten kadınların duygusal ($31,96\pm 10,39$) ve dışsal ($27,86\pm 8,60$) puanı yüksek, kısıtlayıcı puanı ($24,82\pm 6,55$) ise düşük bulunmuştur. Erkeklerde ise kendini gergin olarak ifade edenlerin her üç alt ölçek puanı yüksek bulunmuştur. Beden Kütle İndeksleri normal olan bireylerin duygusal ve dışsal puanları obez bireylere göre daha düşük, kısıtlayıcı puanları daha yüksek bulunmuştur. DEBQ puanları ile enerji, makro ve mikro besin öğeleri karşılaştırıldığında, bireylerin yağ tüketim miktarı ile kısıtlayıcı yeme tutum puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Bireylerin kısıtlayıcı yeme tutum puanı arttıkça yağ tüketimi de artış göstermektedir. Alınan enerji, duygusal ve dışsal yeme tutum puanı ile pozitif, kısıtlayıcı yeme tutum puanı ile negatif korelasyon göstermiştir. Sonuç olarak, bireyler diyet sürecinde yaşadıkları olumsuz duygu durumları ile baş edebilmek için yeme tutum davranışlarını değiştirebilmektedir. Diyet süreçleri planlanırken bireylerin duygu durumlarının da değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Ağırlık kontrolü, BKİ, DEBQ, makro ve mikro besinler, üç faktörlü yeme ölçeği anketi

2. ABSTRACT

ASSESSMENT OF EATING ATTITUDE AND BEHAVIOR AND EMOTIONAL APPETITE IN INDIVIDUALS PRACTISING WEIGHT CONTROL

This study has been done to evaluate eating attitude behaviours and emotional appetite in individuals who apply to diet polyclinics for weight control, between 1 January-28 February 2018. Between 19 and 65 ages individuals who were doing weight control, 61 women and 39 men were included in the study. Anthropometric measurements of participants was done and it was applied to participant, a survey form, including eating habits, physical activity, demographic characteristics, Netherlands eating behavior survey which consisting of three subscales (emotional, restrictive and external) to assess emotional states, and three factorial eating questionnaire. As the age of the individual increases, emotional and external scores decrease ($p < 0.05$). The period in which the first weight gain occurred was significantly different by sex ($p < 0.05$). The psychological conditions they experienced in the dietary process and DEBQ scores were compared. Emotional ($31,96 \pm 10,39$) and extrinsic ($27,86 \pm 8,60$) scores were found to be high, restrictive ($24,82 \pm 6,55$) scores were found to be low, for women who stated that they had depressive mood. Whereas in males, all three subscale scores were found to be high for those who expressed themselves as nervous. Emotional and external scores of individuals with normal body mass indexes were lower and restrictive scores were high than those of obese individuals. When compared to the DEBQ scores, there was negative correlation between the amount of fat consumed by the individual and the restrictive eating attitude score. The received energy showed a positive correlation with the emotional and external eating attitude score and a negative correlation with the restrictive eating attitude score. As a result, individuals can change their eating attitude behaviors in order to cope with the negative emotions experienced during the diet. Eating attitude scores show individual and periodic differences. It is important to evaluate the emotional states of individuals while dieting processes are planned.

Key Words: Weight control, BMI, DEBQ, macro and micro nutrients, three factorial eating questionnaire

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Duygusal iştah; kişinin aç olmamasına rağmen üzüntü, mutluluk veya yalnızlık gibi psikolojik durumlarda yemek yemesi olarak tanımlanmaktadır. Sinirlilik, korku, üzüntü ve mutluluk gibi bazı duyguların yeme davranışı ve tüketim üzerinde; yeme motivasyonu, besin seçimi gibi etkileri vardır (1).

Olumsuz duygu durumlarında yemek yemeye yönelen emosyonel ya da duygusal yeme tutumundaki bireyler, olumsuz durum ile baş etmek ve mutlu hissetmek için yeme davranışlarını değiştirmektedirler (2).

Yeme bozukluğu olan ve normal vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen diyet yapan kişiler duygusal durumlar karşısında aşırı yeme eğilimindedirler (3). Bu nedenle, duygular ile yeme ilişkisinin kişiye bağlı belirli özelliklerden kısmen etkilendiği ileri sürülmektedir (4).

Fizyolojik açlık olmaksızın ortamda bulunan besini koku, lezzet gibi özelliklerinden dolayı tüketen bireyler, dışsal yeme (hedonistik yeme) tutumunda olan bireylerdir. Dışsal yeme tutumu yüksek vücut ağırlığı ile ilişkili olmasından dolayı son derece sorunlu bir yeme davranışı olarak görülmektedir (5). Hedonistik yeme eğiliminde olan bireylerin besin tercihleri; yeterli ve dengeli besin ögesi değil, kişinin damak zevkine uyacak ve onu mutlu edecek besinler olmasıdır (6).

Duygusal yeme dışında normal olmayan bir diğer durum kısıtlayıcı yeme davranışıdır. Kısıtlayıcı yeme tutumu, vücut ağırlığını kontrol etmeyi amaçlayan, enerji alımı ve besin çeşidinin bilinçli olarak kontrol edilip kısıtlandığı yeme biçimidir. Uzun süren kısıtlamalar bir süre sonra yerini aşırı yeme dönemine bırakır. Ardından tekrar kısıtlama dönemi başlar ve bu döngü devam eder (7).

Psikolojik durumlarda oluşan olumsuz değişiklikler; yeme davranışlarını etkileyerek yeme bozukluklarına zemin hazırlamaktadır (8). Olumlu veya olumsuz duygu durum değişikliklerinin yeme tutum ve davranışı üzerine etkilerini değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (9).

Bu çalışma, ağırlık kontrolü yapan bireylerin yeme tutum ve davranışı ile duygusal iştahını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Obezite

Günümüzün önemli halk sağlığı sorunlarından biri olan obezite, alınan ve harcanan enerji arasındaki dengesizlik sonucu yağ dokusunun artması olarak tanımlanmaktadır (10). Vücut yağ ağırlığındaki artışın temel nedeni enerji alımının, enerji harcamasından fazla olduğu pozitif enerji dengesi olarak kabul edilir (11). Obeziteye bağlı risk sadece şişmanlığın derecesi ile değil, yağ dokusunun vücuttaki dağılımı ile de ilgilidir (12). Vücut yağ miktarının erişkin erkeklerde %25, kadınlarda %35'in üzerinde olması, çocuk ve adolesan erkeklerde %25, kızlarda %30'un üzerinde olması şişmanlık olarak değerlendirilir (13). Aynı zamanda bel çevresi de obezite için belirleyici bir faktördür. Bel çevresi erkeklerde >94 cm, kadınlarda >80 cm. olması obezite için risk oluşturmaktadır (14).

Obezitenin yaygın olarak kullanılan belirleyici tanı ölçütü Beden Kütle İndeksi (BKİ)dir. Kilogram cinsinden ölçülen beden ağırlığının metre cinsinden ölçülen boyun karesine bölünmesi ile beden kütle indeksi belirlenir (Vücut ağırlığı/Boy²).

BKİ'nin 18,5 kg/m² altında olması zayıf, 18,5-24,9 kg/m² arasında olması normal, 25-29,5 kg/m² arasında olması hafif şişman, 30 kg/m² ve daha yüksek olması obez, 40 kg/m² ve üstü olması ise morbit obez olarak tanımlanır (10).

Tablo 4.1 Dünya Sağlık Örgütü'nün Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması

BKİ (kg/m ²)	SINIFLANDIRMA
<18,5	ZAYIF
18,5- 24,9	NORMAL
25- 29,5	HAFİF ŞİŞMAN
>30	OBEZ
>40	MORBİT OBEZ

Obezite kişilerin yaşam kalitesini, psikolojik durumunu ve benlik saygısını etkileyen kronik ve ciddi bir hastalıktır (15).

4.1.1 Dünya ve Türkiye' deki obezite prevalansı

Obezite ciddi sosyal ve psikolojik boyutlara sahip, gelişmiş ve gelişmemiş ülkeler olarak hemen hemen tüm toplumlarda yaygın olarak görülen ve giderek küreselleşen bir sağlık sorunudur (16). DSÖ verilerine göre; dünya çapında obezite 1980'den 2008'e iki kat artmıştır. 2014'te 18 yaş ve üzeri 1,9 milyardan fazla yetişkin aşırı kilolu, 600 milyondan fazla yetişkin ise obez olarak tespit edilmiştir. 2014 yılında dünya yetişkin nüfusuna bakıldığında nüfusun yaklaşık %13'ü (erkeklerde %11, kadınlarda %15) obez olarak tanımlanmıştır (17). NHANES (ulusal sağlık ve beslenme değerlendirme çalışması) sonuçlarına göre; 1976-1980 yılları ve 20-74 yaş arası yetişkinlerde obezite prevalansı %15 iken, 2000 yılında %30, 2003-2004 yılları arasında %32,9 olarak saptanmıştır (18).

Obezitenin en yaygın olduğu ABD' de hastalıkları önleme ve kontrol merkezi (CDC) tarafından yürütülen NHANES çalışmasına göre; 2003-2004 yılları arasında obezite prevalansı erkeklerde %31,1, kadınlarda %33,2, 2005-2006 yılları arasında ise erkeklerde %33,3, kadınlarda %35,3 olarak tespit edilmiştir (19).

Avrupa' da yetişkinler üzerine yapılan çalışmalara göre hafif şişman olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda %28-78 arasında iken, obezite prevalansı erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir (20). Yapılan çalışmalara göre; Doğu Avrupa ve Akdeniz ülkelerinin obezite prevalansı Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerine göre daha yüksek olarak bulunmuştur (21).

Türkiye'de yapılan TURDEP I VE TURDEP II (Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi) çalışmaları ile obezite prevalansı araştırılmıştır. 20 yaş ve üzeri 24778 bireyin katıldığı TURDEP I' e göre obezite prevalansı kadınlarda %30, erkeklerde %13, genelde ise %22,3 olarak belirlenmiştir. Oniki yıl sonra tekrarlanan ve 26500 birey üzerine yapılan TURDEP II' e göre obezite prevalansı kadınlarda %44, erkeklerde %27, genelde ise %35 olarak belirlenmiştir.

Her iki çalışma karşılaştırıldığında; ortalama olarak kadın ve erkek boylarının birer cm, kadınlarda ortalama vücut ağırlığının 6 kg, BKİ'nin 1,7 kg/m², bel çevresinin 6 cm ve kalça çevresinin 3 cm artmış olduğu görülmüştür. Erkeklerde ortalama vücut ağırlığının 8 kg, BKİ' nin 2 kg/m², bel çevresinin 7 cm ve kalça çevresinin 3 cm artmış olduğu saptanmıştır. Bunların dışında ülkemizde obezite prevalansını

araştırmak amacıyla Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan TEKHARF (Türkiye’de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri çalışması), TOHTA (Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması) ve TOAD (Türkiye Obezite Profili Çalışması) olmak üzere üç çalışma daha bulunmaktadır (Türkiye Sağlıklı Besleme ve Hayat Programı 2011). TURDEP-I çalışmasına göre obezite prevalansı; kentsel alanda %23,8 iken kırsal kesimde %19,6 olarak saptanmıştır. TURDEP-II çalışmasına göre obezite sıklığında %35 oranında ciddi artış gözlenmekle beraber, Adana %43,5 ile obezitenin en sık, Erzurum ise en düşük görüldüğü şehirler olarak tespit edilmiştir (22).

Çocukluk çağı obezitesi de giderek artış göstermektedir. Dünya genelinde 5 yaşın altında 17,6 milyon hafif şişman çocuk olduğu tespit edilmiştir. Amerika’ da 1980 yılından bu yana hafif şişman çocuk sayısı iki katına, adolesan sayısı ise üç katına çıkmıştır. ABD’de yapılan NHANNES çalışmasına göre 2003-2006 yıllarında 2-19 yaş gurubu çocuk ve adolesanların %16,3’ünün obez olduğu saptanmıştır (23).

4.1.2. Obezitenin oluşumundaki faktörler

Son yılların en büyük sağlık problemlerinden biri haline gelen obezitenin oluşmasında genetik ve çevresel faktörler başta gelmek üzere pek çok etmen bulunmaktadır. Özellikle çocukluk çağında görülen obezite, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği gibi çevresel faktörlerden önemli derecede etkilenmektedir (23).

Obezitenin oluşumunda başlıca risk faktörleri; aşırı ve/veya yanlış beslenme alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, yetersiz fiziksel aktivite, hormonal ve metabolik etmenler, psikolojik problemler, kullanılan bazı ilaçlar, genetik, tütün ve alkol kullanımı, eğitim düzeyi, yapılan doğum sayısı, çok düşük kalorili diyetler, polikistik over ve uyku apnesi olarak belirlenmiştir (24).

Aşırı yemek yeme, atıştırma yemek yeme davranışları ve hazır gıda tüketimi gibi etmenler obezite ile ilişkilendirilmiştir. Seçilen besinin yağ içeriği, karbonhidrat tipi, glisemik indeks ve posa içeriği de obezite ile bağlantılıdır (25).

Yaşamın ilk yıllarındaki beslenme düzeni ile obezite arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda anne sütü ile beslenen çocukların, diğer

çocuklara göre obezite oluşma sıklığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (23). İlk 6 ay sadece anne sütü verilmesi, 6. aydan sonra emzirmenin sürdürülmesi ile beraber uygun içerik ve miktarda tamamlayıcı besinlere başlanması ile obezite ve kronik hastalık riskinin azaltılabileceği belirtilmektedir (26).

Yetersiz fiziksel aktivite, besin içeriği yönünden fakir, enerjisi yüksek besinlerin fazla miktarda alınması, gelir düzeyinin yüksek olması, besine ulaşım kolaylığı ve adolesan dönemde yaşanan psikolojik problemler gibi faktörler obezitenin hızla yayılmasına neden olmaktadır (25).

Yeme tutum davranışları da obeziteyi tetikleyen en önemli faktörlerden biridir. Bireyler arası farklılık göstermekle beraber; kişi üzüntü, stres, öfke veya yalnızlık gibi durumlarda duygusal yeme davranışı göstermektedir. Bunun dışında obeziteye neden olan aşırı yemenin bir diğer sebebi dışsal yeme davranışıdır. Dışsal yeme; açlık duygusu hissedilmemesine rağmen besine olan yönelim olarak adlandırılmaktadır. Yeme isteğini tetikleyen etmenler besinin ortamda bulunması, kokusu, görüntüsü, lezzeti gibi fiziksel özellikleri olabilmektedir. Dışsal yeme davranışına sahip olan bireylerin hafif şişman ya da obez olduğu görülmektedir (27).

4.1.3. Obezite ve komplikasyonları

Obezite çeşitli hastalıklarla ilişkilendirilmekle beraber, morbidite ve mortaliteyi arttırıcı yönde etkisi olduğu tespit edilmiştir (28). Koroner kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, tip 2 diyabet, hipertansiyon, kanser, eklem hastalıkları, felç/inme, karaciğer yağlanması, solunum sistemi hastalıkları (astım vb.), menstruasyon düzensizlikleri, aşırı kılınma, gebelik komplikasyonları ve ruhsal problemler (yeme tutum davranışlarında bozukluk ve duygusal iştah) obeziteye eşlik eden sağlık sorunlarından bazılarıdır (20).

4.1.4. Obezitenin tanımı ve tedavisi

Obezitenin belirleyici tanımı ölçütü beden kütle indeksidir. Obezite tedavisinde amaç; obeziteye bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak, yeterli ve dengeli beslenme

alışkanlığı kazandırmak, eşlik eden sağlık sorunlarını en aza indirmek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (16).

Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler; tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavidir (20).

4.2. Yeme bozuklukları

Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranış bozukluklarıdır (29). Her iki cinsiyette de karşılaşılan yeme bozuklukları bireylerde duygusal ve fiziksel problemlere neden olmaktadır. Yeme bozuklukları genç kadın popülasyonunda en sık görülen psikolojik sorunlardan biri olarak, mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir (30).

Yeme bozukluklarının temelini oluşturan anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın yanında tıknırcasına yeme ve gece yeme sendromları da bu başlık altında incelenir (31).

Yeme bozukluğu tanısı konulmamış ergen ve genç bireyler sağlığı olumsuz etkileyen düzensiz beslenmeye sahiptir. Bu nedenle yeme bozukluğu tanısı erken yaşta ve hastalığın erken evresinde teşhis edilip tedavi edildiğinde klinik olarak iyi sonuçlar alınmaktadır (30). Yeme bozukluğunda biyolojik yatkınlık, aile ortamı ve sosyokültürel çevre risk faktörleri olarak görülmektedir. Yeme bozukluğu olan bireylerde; özgüven eksikliği, yetersizlik ve işe yaramazlık duygusu olmakla beraber, toplumda olumsuz ilişkilerinin olması, yemek yeme ve bedeni ile ilgili fazla düşünme eğilimleri de gözlemlenmektedir (32).

Hafif şişman bireylerin genel popülasyona oranla yeme bozukluklarına yatkınlığı daha fazladır. Toplumsal baskı ve psikolojik durum ile beslenmeye yönelme, tıknırcasına ve gece yeme davranış bozukluğu olan bireylerde obezite riski artar (33).

4.2.1. Epidemiyolojisi

Orta ve yüksek sosyokültürel yapıya sahip sanayileşmiş batılı ülkelerde yeme bozukluklarının, doğu ülkelerine göre daha yaygın olduğu görülmektedir (34).

Cinsiyet dağılımı ve yaş grubu incelendiğinde; kadınlarda ve genellikle adolesan dönemde yeme bozuklukları ile karşılaşmaktadır. Anoreksiya Nervosa (AN) nın başlangıç yaş ortalaması 15 iken, Bulimiya Nervozanın (BN) 18-19 yaşları civarında olduğu bildirilmektedir. Günümüzde yeme bozukluk davranışlarının genç erkeklerde de görülme sıklığı artmıştır (35).

4.2.2. Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının patogenezi günümüzde halen netlik kazanmamıştır. Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etmenler kişinin yeme davranışını biçimlendirerek ciddi komplikasyonlara ve ölümlere yol açmaktadır (36).

Tablo 4.2 Yeme Davranış Bozukluklarını Etkileyen Faktörler

BİYOLOJİK FAKTÖRLER	PSİKOLOJİK FAKTÖRLER	SOSYOKÜLTÜREL FAKTÖRLER
<ul style="list-style-type: none">- Genetik- İştahı düzenleyen merkezi kontrol mekanizması- Nörokimyasal- Farmakolojik	<ul style="list-style-type: none">- Kişilik- Beden memnuniyetsizliği- Cinsellik- Ailesel faktörler	<ul style="list-style-type: none">- Çevresel- Sosyal medya baskısı- Toplumsal algı- Arkadaş çevresi

4.2.2.1. Biyolojik faktörler

- a. Genetik yatkınlık: Yeme davranış bozukluklarının oluşmasında başta gelen etmenlerden biridir. Yapılan çalışmalarda AN ve BN gelişiminde genetik yatkınlık payının %50-80 olduğu gösterilmiştir (29).
- b. İştahı düzenleyen merkezi kontrol mekanizması: Bu mekanizmada bulunan üç önemli sistem yeme davranış bozukluklarının oluşmasında ve ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır (37). Bunlar;
 - Homeostatik sistem; açlık, tokluk ve otonomik nöral aktiviteyi düzenler.

- Drive sistem; yiyecek bulma ve yeme ile ilgili yeme-ödül mekanizmalarını düzenler.
- Self regular sistem; iştahın yaşam amacı, değer ve anlamını düzenleyen ve kontrol eden sistemdir (37).
- c. Nörokimyasal faktörler: Nörotransmitter sistemler ve nöromodülatörlerde oluşan düzensizlikten kaynaklanır. Epinefrin ve serotonin iştahı baskımlarken, norepinefrin iştahı arttırmaktadır. Yeme bozukluklarında nörendokrin değişiklikler yeme davranışı, kilo kaybı ve kalori alımının kısıtlanması ile ilişkilidir (34,35).
- d. Farmakolojik faktörler: Antipsikotikler, duygudurum düzenleyici ve antidepresan ilaçların yeme bozukluğu tedavisinde olumlu etkilerinin olduğu tespit edilmiştir (38). Antidepresan ilaçlar santral sinir sisteminde nörepinefrin ve serotonin iletimini arttıran ilaçlardır (35).

4.2.2.2. Psikolojik faktörler

Yeme tutum davranışlarını etkileyerek yeme bozukluklarına yol açan bir başka etmen de kişinin kendi ve çevresi ile ilgili yaşadığı psikolojik problemlerdir (39).

- a. Kişilik: Toplumda kendilerine olan güven eksikliği, olumsuz ve esnek olmayan düşünme eğilimi, duyguları ifade edememe, mükemmelliyetçi yapı, yüksek başarı beklentisi, suçluluk hissiyatı gibi psikolojik faktörler yeme tutum davranışlarını etkileyerek yeme bozukluklarının gelişiminde önemli rol oynar (40).
- b. Beden algı ve memnuniyetsizliği: Beden algısı, bireyin kendi bedenini olumlu ve olumsuz olarak değerlendirmesi, duygularını zihninde canlandırması durumudur. Kişinin kendi bedeni ve olmak istediği beden arasında fark varsa beden memnuniyetsizliği ortaya çıkar. Özellikle adolesan dönemde ortaya çıkan beden memnuniyetsizliği obezite ve yeme tutum davranış bozukluklarına yol açmaktadır (41).
- c. Cinsellik: Son yıllarda zayıf beden cinsel çekicilik olarak görülmektedir. Özellikle ergenlerde bu durum kişiyi yanlış diyet uygulamalarına itmekte olup yeme davranış bozukluğuna yol açmaktadır (42). Diğer bir durum duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanımdır. Yapılan çalışmalarda,

özellikle bulimia nervosa hastalarının %30'nun çocukluk çağı cinsel istismara uğradığı, %50'sinin fiziksel kötüye kullanım gösterdiği rapor edilmiştir (29).

- d. Ailesel faktörler: Anne- baba sevgisi, aile içi huzursuzluklar, anne ve babanın çocuklarla olan iletişimi gibi durumlar bebeklik döneminden başlayarak bireyin yeme tutum davranışını etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda aile baskısı ve aile içi problemlerin yaşandığı çocukların adolesan dönemde diyetle başladıkları, yemek yemeyi sınırlandırdığı ya da yanlış beslenmeye yöneldiği rapor edilmiştir (43). Bağlanma kuramında anne- bebek ilişkisi olarak değişen ve dengesiz oluşan ilk iletişim, bireyin ileriki hayatında yeme davranış bozukluğuna yol açabilmektedir (32).

4.2.2.3. Sosyokültürel faktörler

- a. Çevresel: Beden algısı ile ilgili sosyokültürel değer ve beklentilerin yüksek olması bireyi beden memnuniyetsizliğine itmektir (41).
- b. Sosyal medya baskısı: Zayıflığı güzellikle eşleştiren batılı ülkelerde, özellikle medyada ön planda olan ünlü, sporcu, balerin gibi meslek grupları bireyi kilo vermeye teşvik etmektedir. Bu durum genç bireylerde yeme tutum davranışlarında (kısıtlayıcı, emosyonel/duygusal ve dışsal) bozukluğa yol açtığı gözlemlenmiştir. Yine sosyal medyaya kolay ulaşılabilirlik ve kullanımının yaygınlaşması çoğunlukla ergenlerde yeme bozukluklarına neden olmaktadır (44).
- c. Toplumsal algı: Toplum tarafından dayatılan ve genellikle kadınları etkileyen güzellik modelinin; ince bir beden olduğu algısı bireyin vücut standartları ve yeme alışkanlıklarındaki seçim ve değerleri etkilediği tespit edilmiştir (45).
- d. Arkadaş çevresi: Akranların yeme davranışına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada; akran ergenlerin birbirlerini etkiledikleri ve yeme davranışı üzerinde etkisi olduğu ve kadınların bu durumdan daha çok etkilendiğini rapor etmişlerdir (45).

4.2.3. Obeziteye neden olan yeme davranış bozuklukları

4.2.3.1. Gece yeme sendromu

İlk olarak 1955'te Stunkard tarafından, tedaviye dirençli obezite hastalarında, sabah anoreksi, akşam hiperfaji ve insomnia ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (46). Gece yeme sendromu (GYS), yeme ve uyku sirkadiyen ritimlerin birbirinden ayrılması ile ortaya çıkar. Yeme ve enerji alımında gecikme ile bireylerin sabah iştahları baskılanırken, akşam ve gece iştahları artmaktadır (47).

Gece yeme bozukluğu için tanı ölçütleri;

- Günlük tüketilen yemeğin %25'inin akşam yemeğinden sonra olması,
- Sabah kahvaltısının haftada dört veya daha fazla atlanması
- Akşam yemeğinden uyku vaktine kadarki geçen sürede veya gece boyunca aşırı iştah artışı
- Uykusuzluğun haftada dört gün ya da daha fazla olması
- Bozulan iştahın en az 3 ay sürmesi

Gece yeme sendromu tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada yatan hastalar ile ayakta tedavi görenlerin kalori tüketimlerinin birbirine benzer olduğu saptanmıştır (46). Koski ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, tekrarlayan uyku yetersizliğinin bireyde besin alımına neden olduğu ve aperatif tüketim ile enerji alımının artırılmasının obeziteyi teşvik edici bir ortam oluşturduğunu belirtmiştir (48). Gece yeme sendromu olan bireylerde akşam 16:00'dan sonra duygu durum puanlarında sirkadiyen olarak azalma görülmektedir. Bu nedenle GYS'li bireylerde stres, depresyon ve karamsarlık gibi duygusal durumlar sıklıkla gözlemlenmektedir (46).

4.2.3.2. Tıkınırcasına yeme sendromu

Beden memnuniyetsizliği ile ilişkili negatif duygular sonucunda duygu düzenleme ile karakterize edilmiş, çok miktarda yiyeceğin kontrolsüzce tüketilmesi ile açığa çıkan bir yeme bozukluğudur (49).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), aşırı miktarda yiyeceğin çok kısa sürede tıkınırcasına yeme atakları ile karakterize edilmiş bir yeme bozukluğu tablosu olup, birey yeme atakları sırasında kontrol kaybı yaşar ve yemek yemeyi durduramaz. Bu hastalar boylarına göre beklenen ağırlığın üstündedir ve genellikle obezite tanısı almışlardır (50).

Tıkınırcasına yeme davranışının nedenleri tam olarak saptanmamış olmakla beraber, bilişsel faktörler ve psikopatolojinin önemli bir rol oynadığı ileri sürülmektedir. Vücut şeklinin sürekli değerlendirilmesi, öfke kontrolü ve saldırganlık, benlik algısı gibi negatif duygular bireyi sürekli eleştiriye ve başarıya ulaşmak için daha çok çabalamaya iter. Bu çabalar yine yeme, vücut ağırlığı ve beden memnuniyetsizliği ile ilgilidir ve kısır döngü meydana gelir (51).

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından, obez kadınlarda tıkınırcasına yeme bozukluğunun psikopatolojisini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada; obez kadınlarda, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan grubun bilişsel yapı ve psikopatolojisinin, kontrol grubuna göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir. TYB'si olan obez kadınlarda kontrol grubuna göre beden memnuniyetsizliği, depresyon, depresif duygu durum puanlarının anlamlı olduğu tespit edilmiştir (49).

25-47 yaş arasındaki yetişkinlerle yapılan tıkınırcasına yeme bozukluğu ile bağımlılık davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, TYB'si olan bireylerde bağımlılık davranışı gösteren kişilik profili arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (52). Yapılan çeşitli çalışmalarda, tıkınırcasına yeme bozukluğunun obezite ile ilişkili psikolojik problemleri derinleştirdiği ileri sürülmektedir (53).

4.3. Yeme mekanizması

Merkezi sinir sistemi enerji metabolizmasını nöral ve hormonal devreler aracılığı ile düzenlemektedir. Yapılan bir çalışmada yeme davranışlarının homeostatik ve hedonik olmak üzere iki farklı sistem tarafından düzenlendiğini belirtmiştir (53).

4.3.1. Homeostatik yeme

Hipotalamus besin alımı ve vücut ağırlığını düzenleyen hormonal ve nöral sinyal yollarının entegre edilmesinde merkezi rol oynar. Burada bulunan arkuat çekirdek nöronları bu süreçte özellikle önemlidir (54). Hipotalamustaki spesifik nöron merkezleri acıkma ve doyma hislerini oluşturmaktadır. Nöronlar beyin üst merkezlerinden ve beyin sapındaki nucleus tractus solitarius'tan (NTS) aldıkları mesajlara göre doyma ve/veya acıkma hissini ortaya çıkarır. Adipoz doku ve sindirim organında üretilip dolaşım kan-beyin bariyerini aşarak hipotalamusa gelen hormonal sinyaller iştah uyarıcı ve/veya iştah engelleyici şekilde etkinlik göstermektedir. İştah uyarıcı ve iştah engelleyici iletişimi etkileyen başlıca hormonlar; östrojen, insülin, leptin, adiponektin, ghrelin ve nöropeptit Y' dir (55).

Besin alımını düzenleyen hücreleri etkileyen östrojen reseptörlerinin uyarılması hipotalamusta gen aktivitesinin değişikliğe uğramasına neden olmaktadır. Yapılan klinik çalışmalarda östrojen düzeyindeki değişikliklerin yeme davranışında da değişikliklere neden olduğu saptanmıştır (54).

Besin alımını etkileyen en önemli faktörlerden biri olan leptinin, aşırı yeme davranışı ile ilişkili olduğu üzerinde durulmaktadır (53). Yağ dokusundan salgılanan leptinin vücuttaki rolü, besin alımı ve iştahı baskılayarak obeziteyi engellemektir. Hipotalamustaki arkuat çekirdekler leptine yanıt vererek iştahı baskılamaktadır. Leptin mekanizmasının tersi yönde işlev gören nöropeptit Y, birçok hipofiz hormonunun düzenlenmesinde ve asıl olarak iştahı arttırmakta görev alır (54).

Mide fundusundan salgılanan ghrelin hormonu ise, yemeyi başlatan, açlık hissi oluşturarak iştah açan lipopeptit yapıda bir hormondur (56). Vücut ağırlığı ve yeme davranışının düzenlenmesinde görev alan ghrelin hormonu, her öğün öncesi kan düzeylerinde artarak iştahı uyarmaktadır (54).

4.3.2. Hedonistik yeme

Nörotransmitterler beyin iletilerinin bağlandığı yer olan sinapslarda görev alarak homeostazisin sağlanmasında rol oynar (57). Günümüzde besin tüketim artışının,

enerji ve besin ögelerine olan ihtiyacın yanı sıra besinlerden alınan haz ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Besinlerin tat, koku, görünüş gibi duyuşal özellikleri besin seçiminde en önemli kriterler arasındadır. Fizyolojik açlığın yanı sıra açlık hissetmeksizin psikolojik olarak ortaya çıkan yemek yeme davranışı gözlenebilmektedir (58). Yeme davranışının bu hedonistik yanı kortiko-limbik nöral ağ ve psikolojik etkiler tarafından düzenlenmektedir (59).

Hedonistik yeme, enerji ihtiyacı olmaksızın kişinin lezzetli besinlere karşı aşırı yeme isteği ve besinlerin tüketiminden sonra hissedilen haz nedeni ile yemek yemeye yönelim olarak tanımlanmaktadır (58,59). Hedonistik yeme eğiliminde olan kişiler besin tercihlerini besinin yeterli ve dengeli besin ögeleri içermesinden dolayı değil, damak zevkine uygun ve kişiye zevk vererek mutlu olmasını sağlayacak besinler yönünde yapmaktadır (6).

Belirli bir besine ya da sigara, alkol gibi maddelere karşı bağımlılığı olan bireylerde spesifik olarak dopamin yetersizliği olabileceği öne sürülmektedir (60). Dopaminerjik sistem; davranışların gerçekleştirilmesi ve kendini ödüllendirme mekanizması olarak tanımlanmaktadır (57). Ödül yetersizliği sendromu olarak da adlandırılan bu durum D1 ve D2 reseptörlerinin yetersiz olduğu durumlarda açığa çıkmaktadır. Dopamin yetersizliği olan bireylerde lezzetli besinleri aşırı miktarda tüketmek dopamin aktivasyonunu arttırmak için alternatif bir yol olarak gözlemlenmektedir. Ödül yetersizliği sendromu yaşayan bu bireyler kendilerini mutlu etmek için besinlere karşı bağımlılık hissetmekte olup obezite için risk faktörü oluşturmaktadır (60). D2 reseptör yetersizliği ile ortaya çıkan ödül yetersizliği sendromunun obez bireylerde daha çok görüldüğü saptanmıştır. Yemeklerin lezzeti her iki açlık için de geçerli iken; homeostatik açlık, hedonik açlıktan farklı olarak enerji açığı bulunması halinde incelenebilir (7). Lezzetli yiyeceklerin tüketimi hedonik mekanizmaları harekete geçirerek homeostatik mekanizmaların önüne geçmekte ve besin tüketimindeki artış ile birlikte obeziteye yol açmaktadır (58).

Obezite eğilimli hedonik beslenme; emosyonel(duygusal) yeme, tıknırcasına yeme, yağdan zengin besinlerin tercihi gibi ağırlık artışına neden olan yeme davranışıyla bağlantı içindedir (60).

Yapılan bir başka çalışmada yüksek yağlı diyetten (%41) düşük yağlı diyet (%25) geçildiğinde olumsuz duygusal değişikliklerin ortaya çıktığı tespit edilmiştir (53).

4.4. Yeme davranışları

4.4.1. Emosyonel yeme

Emosyonel yeme (duygusal yeme); fizyolojik olarak aç olmaksızın kişinin üzüntü, mutluluk, stres gibi psikolojik durumlarda karşı konulmaz bir istekle yeme biçimidir (2,61).

Bireysel farklılıklar ve duygusal özellikler duygu tarafından uyarılan yeme alışkanlıklarını farklı şekillerde etkilemektedir (62). Bu durum; besin seçiminde duygusal kontrol, besin alımında duygusal bastırma, değer düşüklüğü/benlik saygısı, duyguları düzenlemek için yeme ve duygusal uyumu modüle etme şeklinde sınıflandırılmıştır.

Olumsuz duygular ile aşırı yeme arasındaki ilişkiyi ortaya koyan birçok çalışmaya rağmen hangi mekanizmanın hangi olumsuz duyguları etkilediği ve aşırı yemeye neden olduğu tespit edilememiştir. Buna bağlı olarak birçok teori öne sürülmüştür. Yapılan bir çalışmaya göre; fazla besin alımının sıkıntı, depresyon, yorgunluk gibi durumlarda, az miktarda besin alımının ise korku, gerilim ve ağrı gibi duygu durumlarında ortaya çıkmaktadır (27). Psikosomatik teoriye göre; olumsuz duygular veya stres anında iştah kaybı ve besin alımında azalma gerçekleşir. Buna karşılık bazı bireylerde olumsuz durumlarda besin alımında artış gözlenmiştir. Olumsuz duygulara karşı gerçekleşen bu durum emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır (63). Başka bir çalışmada obez bireyler gergin ve stres durumlarında aşırı yeme eğilimindedirler. Hangi mekanizmayla olduğu tam anlaşılamasa da beyindeki nörotransmitterlerden özellikle serotonin sentezinin bu durum üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Obez bireyler açlık ile duygu durumlarını birbirinden ayırt edemeyerek aşırı yeme davranışı göstermektedir (27).

Besine bağlı psikolojik değişiklikler genellikle bireylerde duygu durumunu düzenleyici etmen olarak görülmektedir. Karbonhidrat içeriği yüksek besinler bireyin başvurduğu ilk besinlerdir. Bu durumun yeme üzerindeki etkisi beyinde serotonin hormonunun düzeyi ile ilişkilidir (62). Triptofan aminoasitinden oluşan serotonin

düzeşinin azalması stres, agresif davranışlar ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (57).

Yüksek yağ ve karbonhidrat içeren diyetler, bağırsak mukozasını bozarak beyin-bağırsak bağlantısını etkiler. Bağırsak dokusundaki bu değışiklikler stres ve depresyon gelişiminde rol oynar. Bu durum serotonin sentezi ve triptofanın işlevini etkileyerek yeme davranış bozukluğuna ve obeziteye risk oluşturmaktadır (64).

Son yıllarda toplumsal baskı ve sosyal çevrenin emosyonel yeme üzerine etkileri araştırılmaktadır. Düşük benlik saygısı, özellikle kadın popülasyonunda bulunan rol model olma arzusu toplumsal karşılaştırmada hem tüketilen besin miktarını hem de besin çeşidini etkilemektedir. Bu durum yeme davranışı ile ilişkilidir (65).

Vartanian ve arkadaşları, yemek yerken bireylerin birbirinden nasıl etkilendiğini araştıran çalışmalarında; bir erkekle yemek yiyen kadının, bir kadın ile yediğinden daha düşük kalorili yiyecekleri tükettiğini sonucuna varmıştır (66).

Emosyonel yeme başlarda bulimia nervosa ile ilişkili bulunmuştur. Günümüzde ise negatif duygulardan etkilenen tıknırcasına yeme sendromu ile bağlantılı olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Emosyonel yemede de tıknırcasına yeme ataklarındaki gibi gıda tüketimi, kontrol duygusunun kaybı ile ilişkili bulunmuştur. Obezite ve emosyonel yeme tutumu arasındaki ilişki incelendiğinde, obez bireylerin olumsuz duyguları ile baş etmek için aşırı yemeye yöneldiğı tespit edilmiştir (27). Yapılan bir çalışmada, obez bireylerin normal ağırlıklı bireylere göre öfke, sıkıntı ve depresyon gibi emosyonel durumlarda yemek yemeye daha yatkın olduğunu bildirmiştir (48).

4.4.2. Kısıtlayıcı yeme

Ağırlık artışını önlemek ve besin tüketimini kontrol ederek ağırlık kaybını teşvik etmek amaçlı bilinçli olarak yeme davranışının kısıtlandığı bir yeme tutumudur (67).

Kısıtlayıcı yeme tutumu gösteren bireyler, vücut ağırlıklarını belirli düzeyde tutmakta, en ufak bir ağırlık artışında besin alımlarını azaltmaktadırlar (68). Bazı bireyler vücut ağırlıklarını korurken, ters etki yaratarak normal ağırlıklarının üzerinde bir tablo da sergileyebilirler. Yapılan araştırmalarda obez bireylerin gıda

alımını kısıtlama uğraşı içinde olduğu gözlemlenmiştir (27). Kısıtlama teorisine göre; besinlere duyulan arzu ile bu arzuya direnme çabası yeme davranışını belirlemektedir. Besin alımlarını kısıtlayan bireyler otokontrolü koruyamadığında, aşırı besin alımı oluşmaktadır (69). Kısıtlama teorisinde yer alan disinhibisyon hipotezine göre ise kendilerini kısıtlayan bireylerin kontrolleri geçici olarak bozulmaktadır. Kontrolü kaybeden bireylerde depresyon ve stres gibi emosyonel durumlar ve aşırı yeme algısı oluşarak kısıtlama sürecinde ara vermeye neden olmaktadır (27). Depresyon, düşük öz disiplin ve zayıf benlik kontrolü gibi olumsuz durumlar besin alım uyarılarında en önemli unsurlardır. Kısıtlayıcı yeme davranışında görülen besin alımı ve vücut ağırlığını koruma çabası güç, hırs ve kararlılık gibi kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (70). Bu bireylerdeki bozulmuş yeme davranışının; ağırlık kaybı, besin yetersizliği, enteral beslenme takviyelerine bağımlılık ve psikososyal işlevsellikte gerilemeden biri ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (71).

Ağırlık kaybı amacıyla yapılan kısıtlayıcı bazı beslenme programlarında besine olan isteğin artışı ile aşırı besin tüketimi, atıştırma eğilimi, tıknırcasına yeme ve bulimiya arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Bu nedenle besin alımını çok kısıtlayan diyetler önerilmemekte, doğru beslenme ve sağlıklı diyet programlarının önemi üzerinde durulmaktadır (72).

4.4.3. Dışsal yeme

Fizyolojik açlık hissetmeksizin, besinin koku, tat ve görüntüsü gibi dışarıdan gelen uyarılardan etkilenerek normalden daha fazla besin tüketimi dışsal yeme olarak tanımlanmaktadır (27,68). Bireyler yeme davranışı gösterirken çevresel faktörlerden oldukça etkilenirler. İçinde buldukları toplumun beslenme alışkanlıkları bireyin kendi yeme tutumunu belirlemede önemli rol oynar (27).

Dışsal yeme teorisi, bireylerin duygu durumlarına göre gösterdikleri yeme tutumundan farklı olarak sadece besinin ortamda bulunması ve dış uyarılardan etkilenilmesi ile bilinçsiz bir şekilde gerçekleştirilen yeme tutum davranışı olarak kabul edilmektedir. Dış görünüme tepki olarak yemek yeme eğilimi diye tanımlanan bu yeme davranışının besin ile ilgili otomatik süreçleri düzenlediği tespit edilmiştir.

Bilinçaltı besin uyarıları ile dışsal yeme arasında pozitif ilişki olduğu düşünülmektedir (73).

Son zamanlarda hayatta kalmak ve yeterli besin öğelerinin alımı ile fizyolojik açlığı bastırmaktan ziyade besinlerden zevk almak için besin ve görme arasındaki otomatik ödüle dayalı tüketimin yaygınlaştığı görülmektedir. Bu durum görsel açlık olarak tanımlanmakta ve bireyleri dışsal yeme eğilimine yönlendirmektedir (74).

Ödül duyarlılığı ve dış yeme tutumu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, ödül duyarlılığı yüksek olan bireylerin gıda uyarılarına hızlı bir şekilde tepki verdiği ve daha fazla dışsal yeme tutumu gösterdiği tespit edilmiştir (75).

Televizyon programları ile aşırı yeme davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; televizyon izleyen bireylerde yeme davranışlarının yeme istediğini arttırıcı yönde olduğu gösterilmiştir (76).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın yeri, zamanı ve örneklem seçimi

Bu çalışma 1 Ocak 2018-28 Şubat 2018 tarihleri arasında İstanbul Memorial Ataşehir ve Ulus Liv hastanelerinde, ağırlık kontrolü yapmak için diyet polikliniğine başvuran 19-65 yaş arası 61 kadın ve 39 erkek olmak üzere toplam 100 gönüllü birey üzerinde gerçekleştirilmiştir (Ek 1). Çalışma için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 02 sayılı 16/07/2016 tarihli etik kurul raporu alınmıştır.

5.2. Verilerin toplanması ve değerlendirilmesi

Çalışma kapsamında katılımcılara ilişkin demografik özellikler, antropometrik ölçümler ve genel beslenme alışkanlıklarının saptanmasını sağlayan anket formu (Ek 2), enerji ve besin öğeleri tüketimlerini belirlemek için besin tüketim sıklığı formu (Ek 3), Hollanda yeme davranış testi (Ek 4) ve üç faktörlü beslenme anketi (Ek 5) uygulanmıştır.

5.2.1. Kişisel özellikler

Bireylerin kişisel özelliklerini saptamak için 26 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Anket formu bireylerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu vb.) ve geçmiş diyet öyküleri ile ilgili bilgileri (daha önceki beslenme programlarını nasıl uyguladığı, ilk aşırı kilo artış nedenleri vb.) içermektedir. Anket formu bireylere yüz yüze görüşme yoluyla gerçekleştirilmiştir.

5.2.2. Besin tüketim kaydı

Beslenme durumunun saptanması için bireylerin bir gün hafta içi ve bir gün hafta sonu olmak üzere iki gün boyunca tükettiği tüm besinler, detaylı bir şekilde kaydedilmiştir. Bireylere besin çeşidi ve miktarı sorgulanarak besin tüketim sıklığı formu uygulanmıştır.

Enerji ve besin ögeleri alımı Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS) kullanılarak analiz edilmiştir.

5.2.3. Hollanda yeme davranışı testi (DEBQ)

DEBQ 1986 yılında Van Strein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 33 maddeden oluşan bir ankettir. Duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışlarını değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler 5'li Likert Skalası ile değerlendirilmektedir. Anketin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Bozan tarafından yapılmıştır (72). Kısıtlayıcı yeme (ilk 10 soru) ile ilgili sorular ağırlık kontrolü için besin kısıtlamanın etkisini, duygusal yeme (11-23) ile ilgili sorular olumsuz duruma karşı yeme isteğini, dışsal yeme (23-33) ile ilgili sorular besinin tat, koku ve görünüşüne göre aşırı yeme oranını değerlendirmektedir. Testin toplam puanı yerine, üç alt ölçek kendi içinde Likert skalası ile değerlendirilmekte ve puanları belirlenmektedir (77). Bu çalışmada Hollanda Yeme Davranışı anketi, kişisel diyet programlarından ayrı olarak bireylerin yeme tutum davranışlarından hangisine yatkın olduğunu saptamak amacıyla yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

5.2.4. Üç faktörlü yeme ölçeği

Bireylerin beslenme alışkanlıklarının derecesini ölçmek için uygulanan ve 18 sorudan oluşan bir ankettir. Anket bireylerin bilinçli olarak yemelerini kısıtlama, duygu durumlarına göre ve kontrolsüz yemek yeme düzeylerini ölçmek için kullanılmaktadır. Türkiye' de ilk defa Yeditepe ve Marmara üniversitesinden oluşan bir topluluk tarafından yapılan bir çalışmada kullanıldığı bilinmektedir. Bu anketin toplam puanı faktör analizi ile tespit edilmektedir (78).

5.2.5. Antropometrik ölçümler

Bu çalışmada bireylerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve BKİ'si hesaplanmıştır. Vücut ağırlıkları Tanita cihazı kullanılarak bireyin üzerindeki tüm metaller çıkartılıp ayaklar çıplak ve elektrotlara tam yerleştirilmiş şekilde, boy uzunlukları ayaklar yan yana ve Frankfurt düzleminde (Göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada, baş ve boyun arası 90 derece) olmasına dikkat edilerek mezura ile ölçülmüştür.

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Hastaların vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları kullanılarak BKİ hesaplanmıştır ($BKİ = \frac{\text{Vücut ağırlığı}}{\text{boy}^2}$)

DSÖ kriterlerine göre; BKİ değerleri 18.5 altında ise zayıf, 18.5-24.9 aralığında ise normal, 25-29,5 aralığında ise hafif şişman ve 30 üstü ise obez kabul edilmiştir.

5.3. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistik analiz için SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Nitel ve nicel değerlendirmeler için uygun tanımlayıcı değerler verilmiştir. Nitel değişkenler sayı (n) ve (%) olarak, nicel değişkenler ortalama, standart sapma(SS) olarak ifade edilmiştir. (Ort.±SS)

Sürekli değişkenlerin bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Bağımsız (Student's) T-testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede gruplarda ayrı ayrı olmak üzere Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Gruplar ile Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Ki-kare testi yapılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi (α) %5 olarak alınmıştır.

6. BULGULAR

Bu çalışmada 19-65 yaş arası ağırlık kontrolü yapan 100 bireyin (61 kadın, 39 erkek) yeme tutum davranışlarına ilişkin verileri değerlendirilmiştir. Bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1’de gösterilmiştir.

Tablo 6. 1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	61	61
	Erkek	39	39
Medeni durum	Evli	38	38
	Bekar	59	59
	Dul	3	3
Meslek	Öğrenci	12	12
	Çalışmıyor	8	8
	Emekli	2	2
	Ev hanımı	3	3
	Memur	11	11
	Sigortalı işçi	51	51
Sigara kullanımı	Sigortasız işçi	11	11
	Serbest meslek	2	2
	Evet	38	38
	Hayır	62	62
Alkol kullanımı	Bıraktım	0	0
	Evet	36	36
	Hayır	64	64
Kronik hastalık durumu	Evet	21	21
	Hayır	79	79
BKİ(kg/m ²)	18.5 altı	0	0
	18.5- 24.9	62	62
	25.0-29.9	28	28
	30 üstü	10	10,0
		Ort.±SS	
Yaş(yıl)		32±10	
Ağırlık(kg)		71,65±16,13	
Boy(cm)		169,94±9,66	

Çalışmaya 61 kadın, 39 erkek olmak üzere toplam 100 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları 19 ile 65 yaş arası olup, yaş ortalamaları 32±10 yıldır.

Katılımcılar mesleklerine göre incelendiğinde %51,0’nin sigortalı işçi, %12’sinin öğrenci, %11’nin sigortasız işçi, %11’nin memur olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin boy uzunlukları 169,94±9,66 cm, vücut ağırlıkları 71,65±16,13 kg saptanmıştır.

Bireylerin %38'nin sigara kullandığı, %62,0'sinin sigara kullanmadığı, %36'sının alkol kullandığı, %64,0'nün alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 6. 2 Bireyin Vücut Ağırlığındaki İlk Artış Döneminin Dağılımı

Vücut Ağırlığındaki İlk Artış Dönemi	Kadın		Erkek		Toplam		p	x ²
	n	%	n	%	n	%		
Çocukluk dönemi	3	60,0	2	40,0	5	100,0		
Ergenlik dönemi	15	71,4	6	28,6	21	100,0		
Sınav dönemi	9	60,0	6	40,0	15	100,0	,015	17,338
Üniversite dönemi	10	76,9	3	23,1	13	100,0		
Evlendikten sonra	7	50,0	7	50,0	14	100,0		
Sigarayı bıraktıktan sonra	1	33,3	2	66,7	3	100,0		
Gebelik/Doğum sırası	10	100,0	0	0,0	10	100,0		
Sporu bıraktıktan sonra	6	31,6	13	68,4	19	100,0		
Toplam	61	61,0	39	39,0	100	100,0		

Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlığındaki ilk artış döneminin dağılımı Tablo 6.2'de gösterilmiştir. Ergenlik dönemi kadınların %71,4' nün, erkeklerin %28,6' sının vücut ağırlığında ilk artışın olduğu dönem olarak bulunmuştur. Vücut ağırlığı artışının yaşandığı dönem; kadınların %31,6' sının, erkeklerin %68,4'nün sporu bıraktıktan sonraki dönemdir.

Tablo 6. 3 Diyetisyene Gitme Sıklık Durumunun Dağılımı

Diyetisyene Gitme Sıklığı	Kadın		Erkek		Toplam		p	x ²
	n	%	n	%	n	%		
Haftada iki kez	4	80,0	1	20,0	5	100,0	,545	2,137
Haftada bir kez	11	73,3	4	26,7	15	100,0		
15 günde bir kez	18	58,1	13	41,9	31	100,0		
Ayda bir kez	28	57,1	21	42,9	49	100,0		
Toplam	61	61,0	39	39,0	100	100,0		

Çalışmaya katılan bireylerin diyetisyene gitme sıklık durumunun dağılımı Tablo 6.3'de gösterilmiştir. Kadınların %80,0'inin, erkeklerin %20'sinin haftada iki kez diyetisyene başvurduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile diyetisyene gitme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(p>0,05).

Tablo 6. 4 Bireylerin Ağırlık Kaybı Nedenleri

Ağırlık Kaybı Nedenleri	Kadın		Erkek		Toplam		p	x²
	n	%	n	%	n	%		
Sağlığına kavuşmak için	24	51,1	23	48,9	47	100,0		
Hastalık nedeni ile	5	62,5	3	37,5	8	100,0		
Psikolojik nedenler	16	72,7	6	27,3	22	100,0	,268	3,939
Estetik nedeni ile	16	69,6	7	30,4	23	100,0		
Toplam	61	61,0	39	39,0	100	100,0		

Bireylerin ağırlık kaybı nedenleri Tablo 6.4’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %69,6’sı ile erkeklerin %30,4’ünün estetik görünümünden dolayı diyetisyene başvurduğu belirlenmiştir.

Sağlığa kavuşmak için kadınların %51,1’i ile erkeklerin %48,9’unun zayıfladığı tespit edilmiştir. Psikolojik nedenler kadınların %72,7’si ile erkeklerin %27,3’ünde ağırlık kaybı nedenleri arasındadır.

Tablo 6. 5 Bireylerin Diyet Programını Uygulama Durumları

Diyet Programını Uygulama Durumu	Kadın		Erkek		Toplam		p	x ²
	n	%	n	%	n	%		
Hiç aksatmadım	14	73,7	5	26,3	19	100,0		
Ara sıra kaçamaklar oldu	32	61,5	20	38,5	52	100,0		
Sık sık kaçamaklar oldu	5	62,5	3	37,5	8	100,0	,394	4,090
Programa pek uymadım	9	45,0	11	55,0	20	100,0		
Diğer	1	100,0	0	0,0	1	100,0		
Toplam	61	61,0	39	39,0	100	100,0		

Bireylerin diyet programını uygulama durumu Tablo 6.5’de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %73,7’si ile erkeklerin %26,3’ünün diyet programını hiç aksatmadığı saptanmıştır.

Diyet programına düzenli uymayan bireylerin %45,0’i kadın, %55,0’i erkek katılımcılardan oluşmaktadır.

Tablo 6. 6 Bireylerin Günlük Diyet ile Aldıkları Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri Tüketim Ortalamaları

	Kadın (n=61)			Erkek (n=39)			Total (n=100)	
	Ort.±ss	Önerilen	Karşılama Yüzdesi	Ort.±ss	Önerilen	Karşılama Yüzdesi	Ort.±ss	p.
Enerji(kkal)	1014,57±196,07	2065	50	1285,63±342,13	2623	43	1120,29±293,06	,001
Su(ml)	838,69±210,74			934,30±352,58			875,97±277,18	,093
Protein(g)	44,37±9,18	0,8-1,0	88	54,74±13,00	0,8-1,0	80	48,42±11,91	,000
Protein(%)	18,23±3,69			17,82±2,59			18,07±3,30	,548
Yağ(g)	34,58±7,66			43,81±11,70			38,18±10,42	,000
Yağ(%)	30,44±3,54			30,59±2,97			30,50±3,32	,830
Karbonhidrat(g)	127,91±31,47			162,21±48,11			141,29±42,09	,000
Karbonhidrat(%)	51,31±5,85			51,67±3,18			51,45±4,97	,729
Lif(g)	13,91±3,33	25	56	15,03±4,06	29	49	14,35±3,65	,138
Alkol(g)	,02±,08			,00±,00			,01±,07	,163
Alkol(%)	,00±,00			,00±,00			,00±,00	.
Çoklu Doymamış Yağ Asitleri(g)	7,83±2,83			12,01±3,94			9,46±3,88	,001
Kolesterol(mg)	156,10±84,48			184,79±87,87			167,29±86,52	,106
A vitamini(ug)	612,22±312,90	700	87	594,94±277,86	900	55	605,48±298,40	,779
Karoten(ug)	1,88±,93			1,84±,88			1,86±,91	,844
E vitamini(mg)	8,13±2,86	15	54	12,25±4,37	15	65	9,74±4,04	,001
B1 vitamini(mg)	,52±,09	1,1	47	,56±,13	1,2	44	,53±,11	,035
B2 vitamini(mg)	,88±,21	1,1	80	,93±,22	1,3	69	,90±,21	,214
B6 vitamini(mg)	,78±,13	1,3	60	,84±,19	1,3	62	,80±,16	,063
Folik asit(ug)	177,77±37,34			193,09±53,00			183,74±44,49	,093
C vitamini(mg)	67,74±26,60	90	75	76,07±38,42	90	79	70,99±31,81	,203
Sodyum(mg)	2478,41±640,30			2875,80±722,64			2633,39±697,76	,005
Potasyum(mg)	1476,74±251,76			1551,47±362,35			1505,88±300,25	,227
Kalsiyum(mg)	486,81±136,77	1000	48,5	494,33±141,88	1000	49	489,74±138,12	,792
Magnezyum(mg)	164,32±36,08	320	51	175,50±39,92	2,3	40	168,68±37,82	,150
Fosfor(mg)	733,53±157,24	700	105	846,66±211,63	700	110	777,65±187,75	,003
Demir(mg)	6,79±1,51	18	38	8,02±1,82	10	72	7,27±1,74	,001
Çinko(mg)	6,26±1,59	10	62,5	7,64±2,03	11	62	6,80±1,89	,001

Bireylerin günlük diyet ile aldıkları enerji, makro ve mikro besin öğesi tüketimleri Tablo 6.6'da gösterilmiştir. Kadınların günlük enerji alımları 1014,57±196,07 kkal iken, erkeklerin 1285,63±342,13 kkal olarak saptanmıştır. Kadınların günlük protein

alımını %18,23, erkeklerin ise %17,82'dir. Kadın ve erkek bireylerin karbonhidrat alımları ortalama %51 iken yağ ortalamaları %30'dur.

Çalışmaya katılan kadın bireylerin çoklu doymamış yağ asidi (ÇDYA) alımı $7,83 \pm 2,83$ mg iken erkek bireylerin $12,01 \pm 3,94$ mg'dır. Kadınların $0,52 \pm 0,09$ mg ve erkeklerin $0,56 \pm 0,13$ mg B₁ vitamini tükettikleri görülmüştür. Kadınların %47' si erkeklerin ise %44'ü önerilen B₁ vitamini değerini karşılamıştır. Erkeklerin günlük demir alımı kadınlara göre daha fazla olup; erkeklerde ortalama $8,02 \pm 1,82$ mg, kadınlarda $6,79 \pm 1,5$ mg'dır. Kadınlar önerilen değerini %38'ini karşılamış iken erkekler %72'sini karşılamıştır. Erkekler diyetle önerilen E vitamini miktarının %65'ini, kadınlar ise %54'ünü karşılamıştır. Kadın ve erkekler benzer olarak önerilen çinko değerinin %62'sini karşılamıştır.

Diyetle günlük alınan besinlerin enerji, protein, yağ, karbonhidrat, çoklu doymamış yağ asitleri, E vitamini, B₁ vitamini, sodyum, fosfor, demir ve çinko düzeylerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer besin öğeleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 6. 7 DEBQ Puanları ve Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanının Karşılaştırılması

Yeme Tutum Puanları	Kadın (n=61)	Erkek (n=39)	Toplam (n=100)	p.
	Ort.±ss	Ort.±ss	Ort.±ss	
Duygusal Yeme Tutum Puanı	29,02±11,81	27,26±12,83	28,33±12,187	,484
Kısıtlayıcı Yeme Tutum Puanı	27,69±8,01	24,92±6,86	26,61±7,666	,078
Dışsal Yeme Tutum Puanı	26,66±7,34	27,38±6,42	26,94±6,974	,613
Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanı	39,34±8,87	38,13±7,43	38,87±8,325	,479

DEBQ puanları ve üç faktörlü yeme ölçek puanının karşılaştırılması Tablo 6.7' de gösterilmektedir. Kadınların duygusal puanı 29,02±11,81 ortalama ile dışsal ve kısıtlayıcı puandan daha yüksektir. Erkeklerde ise dışsal ve duygusal puan benzer düzeyde iken kısıtlayıcı puan 24,92±6,86 ile daha düşüktür.

Kadınların duygusal ve kısıtlayıcı puanı erkeklere göre daha yüksek iken, dışsal puanı daha düşüktür.

Erkeklerde üç faktörlü yeme ölçek puanı 38,13±7,43, kadınlarda 39,34±8,87'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 6. 8 Bireylerin DEBQ Puanları ile Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerinin Tüketim İlişkisi

	Duygusal Yeme Tutum Puanı	Kısıtlayıcı Yeme Tutum Puanı	Dışsal Yeme Tutum Puanı	Üç Faktörlü Yeme Ölçeği Puanı
Enerji(kkal)	,154	-,229	,167	,121
Su(ml)	-,028	,048	,202	,041
Protein(g)	,114	-,202	,145	,033
Protein(%)	-,121	,073	-,081	-,180
Yağ(g)	,173	-,238	,135	,150
Yağ(%)	,070	-,013	-,060	,036
Karbonhidrat(g)	,136	-,202	,166	,116
Karbonhidrat(%)	,030	-,045	,093	,110
Lif(g)	,000	-,130	,125	-,021
Alkol(g)	-,039	,193	-,235	-,195
Çoklu doymamış yağ asitleri(g)	,059	-,212	,108	,001
Kolesterol(mg)	,118	-,104	,056	,087
A Vitamini(ug)	-,007	-,062	-,115	-,013
Karoten	-,069	-,001	-,084	-,134
E Vitamini(mg)	,034	-,178	,108	-,011
B1 Vitamini(mg)	,042	-,105	,136	,011
B2 Vitamini(mg)	,067	-,032	,144	,048
B6 Vitamini(mg)	,088	-,055	,092	-,019
Folik asit(ug)	,020	-,117	,128	-,022
C Vitamini(mg)	-,086	,065	-,028	-,145
Sodyum(mg)	,117	-,158	,127	,164
Potasyum(mg)	,046	,011	,165	,023
Kalsiyum(mg)	,012	,015	,103	,063
Magnezyum(mg)	,034	-,074	,102	,006
Fosfor(mg)	,066	-,105	,101	,027
Demir(mg)	,060	-,214	,146	,036
Çinko(mg)	,039	-,194	,161	-,024

*Korelasyon

Bireylerin DEBQ puanları ile enerji, makro ve mikro besin öğelerinin tüketim ilişkisi Tablo 6.8’ de gösterilmektedir. Duygusal yeme tutum puanı ile negatif korelasyon gösteren makro ve mikro besinler; su, alkol ve A vitamini’ dir. Pozitif korelasyon gösteren besinler ise karbonhidrat, E vitamini, B₁ vitamini folik asit, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve çinkodur. Katılımcıların karbonhidrat, E vitamini, B₁ vitamini, folik asit, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve çinko alımı arttıkça duygusal yeme tutum puanı da artış göstermektedir. A vitamini, alkol ve su tüketimi arttıkça ise duygusal yeme tutum puanı azalmaktadır.

Bireylerin tükettiği su miktarı arttıkça kısıtlayıcı yeme tutum puanı da artmaktadır. Kısıtlayıcı yeme tutum puanı ile pozitif korelasyon gösteren diğer besin öğeleri ise potasyum ve kalsiyumdur. Kısıtlayıcı puan arttıkça bu besin öğelerinin alımında artış görüldüğü tespit edilmiştir. Negatif korelasyon gösteren besinler ise yağ, karbonhidrat, karoten ve B₂ vitamini'dir. Katılımcıların kısıtlayıcı puanı arttıkça karbonhidrat, yağ, karoten ve B₂ vitamini tüketimi azalmaktadır.

C vitamini ile dışsal yeme tutum puanı arasında ise negatif korelasyon bulunmuştur. C vitamini alımı azaldıkça dışsal yeme tutum puanı artmaktadır.

Üç faktörlü yeme ölçeği puanı ile negatif korelasyon gösteren makro ve mikro besin öğeleri protein, yağ, ÇDYA, B₁ vitamini, B₂ vitamini, potasyum, magnezyum ve demirdir. Bu besin öğelerinin tüketimi arttıkça üç faktörlü yeme ölçeği puanı azalmaktadır. Pozitif korelasyon ilişkisi bulunan besinler ise A vitamini, B₆ vitamini, folik asit, lif ve çinkodur. Bu besin öğelerinin tüketimi arttıkça üç faktörlü yeme ölçeği puanı artmaktadır.

Tüm bu alt ölçek puanları ile enerji, makro ve mikro besinler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. 9 Bireylerin DEBQ Puanları ile Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanı ile BKİ' nin Karşılaştırılması

Yeme Tutum Puanları	BKİ (kg/m ²)				
	18.5- 24.9 kg/m ² (n=62)	25.0-29.9 kg/m ² (n=28)	30 üstü kg/m ² (n=10)	Toplam (n=100)	
	Ort.±ss	Ort.±ss	Ort.±ss	Ort.±ss	p.
Duygusal Yeme Tutum Puan	29,11±13,06	24,93±10,56	33,00±8,84	28,33±12,187	,142
Kısıtlayıcı Yeme Tutum Puan	27,23±7,52	26,64±7,73	22,70±8,00	26,61±7,666	,225
Dışsal Yeme Tutum Puan	26,95±7,38	26,89±5,61	27,00±8,45	26,94±6,974	,999
Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanı	38,37±8,14	37,96±6,95	44,50±11,37	38,87±8,325	,076

Bireylerin DEBQ puanları ve üç faktörlü yeme ölçeği anket puanı ile BKİ'nin karşılaştırılması Tablo 6.9'da gösterilmiştir. BKİ'si 30 ve üstü olan obez bireylerin duygusal puanı, kısıtlayıcı ve dışsal puana göre yüksek olup ortalaması 33,00±8,84'tür. Hafif şişman bireylerin kısıtlayıcı ve dışsal puanları benzer iken duygusal puanları 24,93±10,56 ile daha düşüktür. Normal bireylerin dışsal puanı, duygusal ve kısıtlayıcı puana göre daha düşük olup ortalaması 26,95±7,38'dir. Obez bireylerin üç faktörlü yeme ölçeği puanı normal ve hafif şişman bireylere göre daha yüksek bulunmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 6. 10 Bireylerin Diyet Sürecinde Oluşan Olumsuz Duygu Durumu ile DEBQ ve Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanlarının İlişkisi

		Kadın		Erkek	
		n	Ort.±ss	n	Ort.±ss
Duygusal Yeme Tutum Puanı					
Depresyon	Evet	28	31,96±10,39	14	28,93±13,68
	Hayır	33	26,52±12,51	25	26,32±12,52
Mutsuzluk	Evet	37	30,84±10,91	17	29,94±12,55
	Hayır	24	26,21±12,82	22	25,18±12,95
Endişe	Evet	29	30,17±10,05	16	28,38±13,18
	Hayır	32	27,97±13,28	23	26,48±12,82
Gerginlik	Evet	37	29,76±11,20	22	31,45±13,57
	Hayır	24	27,88±12,86	17	21,82±9,69
Kısıtlayıcı Yeme Tutum Puanı					
Depresyon	Evet	28	24,82±6,55	14	24,86±7,26
	Hayır	33	30,12±8,41	25	24,96±6,77
Mutsuzluk	Evet	37	25,51±7,40	17	24,65±7,62
	Hayır	24	31,04±7,89	22	25,14±6,38
Endişe	Evet	29	25,55±6,82	16	25,56±7,54
	Hayır	32	29,63±8,61	23	24,48±6,48
Gerginlik	Evet	37	24,95±6,20	22	25,95±6,88
	Hayır	24	31,92±8,75	17	23,59±6,79
Dışsal Yeme Tutum Puanı					
Depresyon	Evet	28	27,86±8,60	14	28,07±7,46
	Hayır	33	25,64±6,03	25	27,00±5,89
Mutsuzluk	Evet	37	27,30±8,49	17	28,76±7,22
	Hayır	24	25,67±5,12	22	26,32±5,68
Endişe	Evet	29	27,00±8,29	16	25,81±5,88
	Hayır	32	26,34±6,49	23	28,48±6,68
Gerginlik	Evet	37	27,32±8,07	22	28,09±6,37
	Hayır	24	25,63±6,07	17	26,47±6,57
Üç Faktörlü Anket Puanı					
Depresyon	Evet	28	43,79±8,38	14	40,14±7,35
	Hayır	33	35,58±7,52	25	37,00±7,39
Mutsuzluk	Evet	37	41,57±7,54	17	40,29±7,25
	Hayır	24	35,92±9,81	22	36,45±7,29
Endişe	Evet	29	41,69±7,85	16	40,81±6,55
	Hayır	32	37,22±9,33	23	36,26±7,57
Gerginlik	Evet	37	41,05±7,85	22	41,18±6,15
	Hayır	24	36,71±9,85	17	34,18±7,23

Bireylerin diyet sürecinde oluşan olumsuz duygu durumu ile DEBQ puanları (dışsal, kısıtlayıcı, duygusal) ve üç faktörlü yeme ölçek puanı arasındaki ilişki Tablo 6.10'da gösterilmektedir.

Kadınlarda $31,96 \pm 10,39$ ile depresyon, erkeklerde $31,45 \pm 13,57$ ile gerginlik duygu durumunun duygusal puanı daha yüksektir. Duygusal yeme tutum puanında kadınların $27,97 \pm 13,28$ ile erkeklerin $26,48 \pm 12,82$ 'si diyet sürecinde endişe hissetmemiştir.

Kadınlarda $25,51 \pm 7,40$ mutsuzluk ile erkeklerde $25,95 \pm 6,88$ gerginlik duygu durumunun kısıtlayıcı skoru daha yüksektir.

Kadınlarda $27,32 \pm 8,07$ gerginlik ile erkeklerde $28,76 \pm 7,22$ mutsuzluk duygu durumunun dışsal skoru daha yüksektir. Diyet sürecinde gerçekleşen olumsuz duygu durumlarından depresyon sorusuna kadınların 33 'ü, erkeklerin ise 25 'i hayır cevabını vermiştir.

Üç faktörlü yeme ölçek puanı ile olumsuz duygu durumu karşılaştırıldığında kadınların $43,79 \pm 8,38$ 'inin depresyon, erkeklerin $41,18 \pm 6,15$ 'inin gerginlik yaşadığı tespit edilmiştir.

Depresyon yaşadığını söyleyen kadınların duygusal, dışsal ve üç faktörlü yeme ölçek puanı yaşamadığını söyleyenlere göre yüksek iken, kısıtlayıcı yeme puanı daha düşüktür.

Erkek bireylerin diyet sürecinde yaşadığı gerginlik durumunun duygusal, kısıtlayıcı ve dışsal puanı diğer durumlara göre daha yüksektir.

Tablo 6. 11 Fiziksel Aktivite ve DEBQ Puanlarının İlişkisi

	Kadın	Erkek	Total
	Ort.±ss	Ort.±ss	Ort.±ss
Duygusal yeme tutum puanı			
Egzersiz yapma durumu			
Evet	29,17±11,64	26,85±12,93	28,20±12,17
Hayır	28,50±12,83	30,00±13,17	28,89±12,56
Evet ise spor türü			
Yürüyüş	27,90±11,29	29,94±14,57	28,62±12,42
Koşu	26,67±12,01	23,55±8,71	24,21±9,07
Aerobik	.	.	.
Bisiklet	.	45,00	45,00
Yüzme	20,75±11,62	15,00±2,83	18,83±9,56
Pilates	36,27±10,32	.	36,27±10,32
Futbol/basketbolvb.	.	25,00±14,99	25,00±14,99
Kısıtlayıcı yeme tutum puanı			
Egzersiz yapma durumu			
Evet	28,72±8,09	24,97±6,14	27,15±7,53
Hayır	24,21±6,91	24,60±11,63	24,32±8,04
Evet ise spor türü			
Yürüyüş	28,14±8,01	24,38±4,88	26,80±7,23
Koşu	31,33±6,51	25,18±6,18	26,50±6,54
Aerobik	.	.	.
Bisiklet	.	28,00	28,00
Yüzme	30,25±8,38	30,50±10,61	30,33±8,04
Pilates	29,00±9,36	.	29,00±9,36
Futbol/basketbol/vb.	.	23,25±10,08	23,25±10,08
Dışsal yeme tutum puanı			
Egzersiz yapma durumu			
Evet	26,51±6,97	27,79±6,40	27,05±6,73
Hayır	27,14±8,75	24,60±6,54	26,47±8,13
Evet ise spor türü			
Yürüyüş	26,48±7,65	28,19±6,23	27,09±7,15
Koşu	27,67±5,86	27,55±7,45	27,57±6,93
Aerobik	.	.	.
Bisiklet	.	32,00	32,00
Yüzme	24,75±3,59	28,50±6,36	26,00±4,43
Pilates	26,91±6,86	.	26,91±6,86
Futbol/basketbol/vb.	.	25,50±6,61	25,50±6,61

Fiziksel aktivite ile DEBQ puanları arasındaki ilişki Tablo 6.11' de gösterilmektedir.

Egzersiz yapan kadınların yapmayanlara göre duygusal ve kısıtlayıcı puanı daha yüksek iken, dışsal puanı daha düşüktür. Erkeklerde ise egzersiz yapanların yapmayanlara göre dışsal puanı yüksek, duygusal skoru düşük, kısıtlayıcı skoru ise benzer düzeydedir.

Duygusal ve dışsal puanı yüksek olan erkeklerin tercih ettiği spor türü bisiklet iken kısıtlayıcı puanı yüksek olanların yüzmedir. Kadınlarda ise kısıtlayıcı ve dışsal puanı yüksek olanlar koşuya, duygusal puanı yüksek olanlar pilatese yönelmektedir.

Egzersiz yapan kadınların duygusal ve kısıtlayıcı puanı erkeklere göre daha yüksek iken dışsal puanı daha düşüktür. Egzersiz yapan bireylerin duygusal puanı kadınlarda $29,17 \pm 11,64$, erkeklerde $26,85 \pm 12,93$ ' tür. Kısıtlayıcı puanı kadınlarda $28,72 \pm 8,09$, erkeklerde $24,97 \pm 6,14$ 'tür. Dışsal puanı kadınlarda $26,51 \pm 6,97$, erkeklerde $27,79 \pm 6,40$ 'dır.

Tablo 6. 12 Üç Faktörlü Yeme Ölçeği ve DEBQ Puanları ile Demografik Özellikleri İlişkisi

	Yaş(yıl)	Ağırlık(kg)	Boy(cm)
Duygusal Yeme Tutum Puan	-,249*	-,100	-,108
Kısıtlayıcı Yeme Tutum Puan	-,019	-,176	-,040
Dışsal Yeme Tutum Puan	-,231*	-,041	,029
Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanı	,031	,064	-,195

*Korelasyon **. $P < 0,001$; *. $p < 0,05$

DEBQ ve üç faktörlü yeme ölçek puanı ile demografik özelliklerin ilişkisi Tablo 6.12’de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin yaşları ilerledikçe duygusal ve dışsal puanın azaldığı saptanmıştır. Yaş ile duygusal ve dışsal puanlar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 6. 13 Bireylerin İlk Ağırlık Artışı Olduğu Dönem ile DEBQ ve Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Ort.±ss	P
Duygusal Yeme Tutum Puan			
Çocukluk dönemi	5	33,40±10,784	,129
Ergenlik dönemi	21	31,86±11,586	
Sınav dönemi	15	31,20±14,478	
Üniversite dönemi	13	32,62±13,295	
Evlendikten sonra	14	25,36±9,943	
Sigarayı bıraktıktan sonra	3	22,67±14,154	
Hamilelik/doğum sırası	10	24,10±10,159	
Sporu bıraktıktan sonra	19	23,21±11,143	
Total	100	28,33±12,187	
Kısıtlayıcı Yeme Tutum Puan			
Çocukluk dönemi	5	29,40±5,595	,542
Ergenlik dönemi	21	27,57±8,394	
Sınav dönemi	15	26,20±6,826	
Üniversite dönemi	13	26,38±7,388	
Evlendikten sonra	14	24,14±5,882	
Sigarayı bıraktıktan sonra	3	21,33±4,041	
Hamilelik/doğum sırası	10	30,10±9,195	
Sporu bıraktıktan sonra	19	26,11±8,743	
Total	100	26,61±7,666	
Dışsal Yeme Tutum Puan			
Çocukluk dönemi	5	27,20±5,718	,425
Ergenlik dönemi	21	28,33±8,499	
Sınav dönemi	15	25,87±5,939	
Üniversite dönemi	13	30,69±6,237	
Evlendikten sonra	14	26,07±6,318	
Sigarayı bıraktıktan sonra	3	23,67±5,508	
Hamilelik/doğum sırası	10	25,10±7,415	
Sporu bıraktıktan sonra	19	25,74±6,911	
Total	100	26,94±6,974	
Üç Faktörlü Yeme Ölçek Puanı			
Çocukluk dönemi	5	44,80±10,640	,233
Ergenlik dönemi	21	39,38±6,622	
Sınav dönemi	15	38,53±8,585	
Üniversite dönemi	13	39,15±8,611	
Evlendikten sonra	14	41,29±8,931	
Sigarayı bıraktıktan sonra	3	39,33±9,292	
Hamilelik/doğum sırası	10	39,80±9,331	
Sporu bıraktıktan sonra	19	34,47±7,359	
Total	100	38,87±8,325	

Bireylerin ilk kilo artışı olduğu döneme göre DEBQ ve üç faktörlü yeme ölçek puanının karşılaştırılması Tablo 6.13'de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin duygusal puanı çocukluk döneminde diğler dönemlere göre daha yüksektir, ortalaması $33,40 \pm 10,784$ 'tür. Kısıtlayıcı puanın en yüksek olduğu dönem gebelik/doğum sırası olup ortalaması $30,10 \pm 9,195$ 'tir. Dışsal puanın en yüksek olduğu dönem $30,69 \pm 6,237$ ile üniversite dönemidir. Üç faktörlü yeme ölçek puanının en yüksek olduğu dönem ise $44,80 \pm 10,640$ ile çocukluk dönemi olmasına rağmen bireylerin ilk kilo artışı olduğu dönem ile tüm bu puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).



7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız İstanbul'da iki farklı özel hastanede diyet polikliniğine başvuran bireylerin diyet sürecindeki yeme tutum davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çağımızın en yaygın sağlık sorunlarından biri olan obezitenin önlenmesinde bireylerin yeme davranışları ve beslenmesini etkileyen etmenlerin saptanması tedavi süreci için yol gösterici olabilmektedir.

Christop ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, bireylerin %70'nin ağırlık kontrolünde profesyonel destek aldığı tespit edilmiştir (79). Bizim çalışmamızda kadınların %80'i erkeklerin %20'si haftada iki kez diyetisyene başvurmaktadır.

Çayır ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada bireylerin %47,7'sinin sağlığına kavuşmak için, %17'sinin zayıflamak için diyet yaptığı, %18,2' sinin obezite ve %12,4'ünün Tip 2 diyabet ile kliniğe başvurduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınlardan %46,9'unda menopoz olduğu belirlenmiştir (80). Bizim çalışmamızda kadınların %72,7'si psikolojik, %69,6'sı estetik %51,1' i ise sağlığına kavuşmak için diyet polikliniğine başvurmuştur. Erkeklerin ise %27,3'ü psikolojik, %48,9'u sağlığına kavuşmak ve %37,5'i hastalık nedeni ile başvurmuştur.

Anschutz ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, toplam enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımının kısıtlayıcı yeme ile ters, dışsal yeme ile doğru orantılı ilişkisi bulunmuştur. Duygusal yeme ile enerji ve makro besin öğeleri alımı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (81). Van strein ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada, enerji alımı ile kısıtlayıcı yeme arasında ters ilişki tespit edilmiştir. Aynı zamanda bireylerin diyetle aldıkları yağ ile kısıtlayıcı yeme arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların yağ alımlarındaki azalma dışsal yemenin azalması ile ilişkili iken kısıtlayıcı yeme puanının artışı ile ilişkili bulunmuştur (82) Benzer şekilde bizim çalışmamızda da yağ ve enerji alımı ile kısıtlayıcı yeme tutum puanı arasında negatif, dışsal yeme tutum puanı ile pozitif korelasyon bulunmuştur. Kısıtlayıcı yeme puanı arttıkça katılımcıların günlük diyetle aldıkları yağ miktarı azalmaktadır. Kısıtlayıcı yeme tutum davranışı gösteren bireylerin gün içinde diyetlerinde yağ miktarını azalttığı kanısına varılmıştır.

Van Bloemendaal ve ark. tarafından yapılan çalışmada duygusal yeme ile yüksek kalorili yiyeceklere yönelim arasında pozitif ilişki bulunmuştur (83). Buna benzer olarak başka bir çalışmada olumsuz duygu durumunun bireyleri yüksek karbonhidrat ve yağ içeren sağlıksız gıdalara yönelttiği sonucuna varmıştır (84) Bizim çalışmamızda da enerji ile duygusal yeme tutum puanı arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Duygusal yeme puanı bireylerin olumsuz duygu durumlarında yemeye yönelimlerine göre artmakta olup, enerji alımları da benzer şekilde artmaktadır.

Yapılan bir başka çalışmada; doymuş yağ ve basit karbonhidratın yüksek, folat, çinko, magnezyum, lif ve omega-3'ün düşük oranda tüketiminin depresif ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kadınlar üzerine yapılan çalışmada bu durumun yeme davranışlarını etkilediği tespit edilmiştir (85). Buna benzer olarak bizim çalışmamızda da diyet sürecinde depresif duygu durumu yaşadığını söyleyen kadınların duygusal yeme tutum puanı diğer puanlara göre daha yüksektir. Aynı zamanda çalışmamızda duygusal yeme tutum puanı ile magnezyum, folik asit, potasyum ve çinko arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Türkiye beslenme rehberinde günlük önerilen çinko miktarı erkeklerde 11 mg, kadınlarda 10 mg'dır (80) Bizim çalışmamızda ise bireylerin diyetle aldıkları günlük çinko miktarı kadınlarda ortalama $6,26 \pm 1,59$ mg iken, erkeklerde $7,64 \pm 2,03$ mg bulunmuştur. Kadın ve erkekler benzer şekilde önerilen çinko miktarının %62'sini karşılamıştır. Aynı zamanda çinko ile duygusal yeme tutum puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bireylerin günlük diyet ile aldıkları çinko miktarı arttıkça duygusal yeme tutum puanı da artış göstermektedir. Literatürde bu bulgu ile alakalı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Nolan ve ark. yaptığı bir çalışmada, BKİ arttıkça olumsuz beslenme durumu artarken BKİ azaldıkça daha az yemeye eğilim olduğu tespit edilmiştir (86).

Başka bir çalışmada Alman popülasyonunda obez bireylerin normal kilolu bireylere göre tüm DEBQ alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Obezlerin duygusal ve dışsal puanlarının hafif şişmanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (87). ABD'li kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada, BKİ

ve diyet kısıtlamalarının porsiyon seçimi üzerine etkisi araştırılmıştır. DEBQ puanları ile BKİ arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (88). Bizim çalışmamızda ise BKİ değerlendirmesine göre obez çıkan bireylerin duygusal puanı, kısıtlayıcı ve dışsal puana göre yüksek olup ortalaması $33,00 \pm 8,84$ 'tür. Fakat çalışmamızda DEBQ puanları ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak katılımcılardan BKİ' si normal olan bireylerin, obez bireylere göre duygusal ve dışsal puanı düşük iken, kısıtlayıcı puanı yüksek olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda normal kiloda olan bireylerin diyet listelerini uygulamada daha çok dikkat ettiğini düşünebiliriz.

Bailly ve ark' nın geriatri alanında yeme davranışlarını değerlendirildiği bir çalışmada, kadınların duygusal ve dışsal puanı kısıtlayıcı puana göre daha yüksek bulunmuştur (89). Nagl ve ark.' nın yaptığı çalışmada, DEBQ puanları ile BKİ, cinsiyet ve yaş arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Kadınların erkeklere göre kısıtlayıcı ve duygusal puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (87). Burton ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, yeme davranışının çevresel faktörlerle etkileşimi incelenmiştir. Kadınlarda erkeklere göre dışsal puanı daha yüksek bulunmuştur (90). Bizim çalışmamızda ise kadınların duygusal ve kısıtlayıcı puanı, dışsal puana göre daha yüksek bulunmuştur. Benzer araştırmalarında bulunduğu bu çalışmada kadınların olumlu/olumsuz duygu durumlarından daha çok etkilendiği kanısına varabiliriz.

FenWang ve ark' nın yaptığı bir çalışmada, DEBQ ölçeğinin tüm alt puanları stres ile pozitif korelasyon göstermiştir. Obez ergenlerde diğer ağırlık gruplarına göre kısıtlayıcı beslenme oranlarında anlamlı olarak fark bulunmuştur (91) Braden ve ark.'nın yaptığı başka bir çalışmada, depresyon duygu durumunun diğer duygu durumlarına göre duygusal yeme puanı daha yüksek saptanmıştır (92). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da depresyonun duygusal puanı, kısıtlayıcı ve dışsal puandan daha yüksek bulunmuştur.

Van strein ve ark. yaptığı bir çalışmada; duygu durumu ile besin alım miktarı incelenmiştir. Duygusal yeme puanı yüksek olan bireylerin üzüntü ve sevinç durumlarında besin miktarlarını arttırdıkları tespit edilmiştir (93). Yapılan başka bir çalışmada, yeme davranış tutumları ile psikopatolojik durumlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Psikopatolojik durumlar duygusal ve dışsal puan ile pozitif, kısıtlayıcı

puan ile negatif yönde ilişkisi saptanmıştır (94). Aynı şekilde bizim çalışmamızda da depresyon, endişe, gerginlik ve mutsuzluk gibi olumsuz durumların duygusal yeme puanı dışsal ve kısıtlayıcı yeme puanına göre daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada psikososyal ve yaşam tarzı değişkenleri dikkate alınarak üç yıl boyunca 304 erkek ve kadının kilo kontrolü takibi yapılmıştır. Kadınlarda fiziksel aktivite artışı ile düşük BKİ arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. (95). Van Strein ve ark.'nın yaptığı bir başka çalışmada, fiziksel aktivite ve BKİ değişim takibi incelenmiş, DEBQ anketi uygulanmıştır. Artan fiziksel aktivitenin kilo alımını azaltabildiği, özellikle duygusal yeme puanı yüksek bireylerin fazla kilolu olma riski taşıdığı sonucuna varılmıştır (96). Bizim çalışmamızda cinsiyete göre fiziksel aktivite ve DEBQ puanı incelenmiştir. Fiziksel aktivite gösteren kadın bireylerin duygusal ve kısıtlayıcı puanı hareketsiz olanlara göre daha yüksek iken, dışsal puanı düşük bulunmuştur. Erkeklerde ise dışsal puan daha yüksek bulunurken, duygusal puanın düşük olduğu tespit edilmiştir.

Nagl ve ark. yaptığı bir çalışmada, yaş faktörünün duygusal ve dışsal yeme üzerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır (87). DEBQ ölçeğinin kadınlar üzerinde geçerliliğini ölçmek için yapılan başka bir araştırmada, BKİ ve yaş faktörleri değerlendirilmiştir. BKİ, duygusal ve dışsal yeme ile doğru orantılı iken, yaş ile dışsal beslenme arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (97). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yaş ile dışsal beslenme ve duygusal beslenme arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bireylerin yaşları ilerledikçe dışsal ve duygusal beslenme puanlarında anlamlı olarak azalma görülmektedir.

Sonuç olarak bireylerin diyet sürecinde yaşadıkları duygu durumlarının yeme davranışına etkisini değerlendirmek üzere yapılan çalışmamızda, kadınların erkeklere göre depresif duygu durumundan daha çok etkilendiği ve duygusal yeme puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kısıtlama yeme davranış puanı yüksek çıkan katılımcıların günlük diyet ile aldıkları yağ ve karbonhidrat miktarlarını önemli derecede kısıtladığı tespit edilmiştir. Duygusal yeme puanı ile karbonhidrat tüketiminin ise pozitif ilişkide olduğu bulunmuştur. Buna göre diyetisyenler tarafından ağırlık kontrolü yapılan bireylerin diyet süreçleri planlanırken duygu durumlarının da göz önünde bulundurulması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Duman RS. Neurotropicfactors and Regulation of Mood: Role of Exercise, Diet and Metabolism, *Neurobiol Aging*. 26(1): 88-93, 2005.
2. Ganley RM. Emotion and Eating in Obesity A Review of The Literature. *Int J Eat Disord*. 8(3): 343-361, 1989.
3. Ouwens MA, Van Strien T, Van Der Staak CP. Tendency Toward Overeating and Restraint As Predictors Of Food Consumption, *Appetite*. 40: 291-8, 2003.
4. Topolinski S, Pereira P. Mapping The Tip Of The Tongue – Deprivation Sensory Sensitisation and Oral Haptics, *Perception*. 41(1): 71-92, 2012.
5. Evers C, Stok M, Danner U, Salmon S, Ridder D, Adriaanse M. The Shaping Role Of Hunger On Self Reported External Eating Status, *Appetite*. 57 (2):318–32, 2011.
6. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic And Hedonic Signals Interact In The Regulation Of Food Intake, *J Nutr*. 139: 629–632, 2009.
7. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger: A New Dimension Of Appetite, *Physiol Behav*. 91: 432-439, 2007.
8. Blaine BE. Weight Loss Treatment and Psychological Wellbeing, *J Health Psychol*. 12(1): 66-82, 2007.
9. Demirel B, Yavuz F, Karadere E, Şafak Y, Türkçapar H. Duygusal İştah Anketinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Beden Kütle İndeksi ve Duygusal Şemalarla İlişkisi, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırma Dergisi*. 3: 171- 181, 2014.
10. WHO Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series No: 894, Geneva: World Health Organization, 2000. Erişim: (<http://www.who.int/healthinfo>) Erişim tarihi: 17.04.2017
11. Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G, Obezite ve Fiziksel Aktivite, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Rapor, Ankara, 729, 2012.
12. Süzen B. Diyastolik Fonksiyon Bozukluğu Olan Medikal Tedavi Alan Hastalarda Diyet Tedavisinin Etkinliğinin Araştırılması, Başkent

- Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
13. Yaman M. Obezitede Diyet Tedavisi, Arch Clin Tox. 1: 8-12, 2014.
 14. Deveci A, Demet M, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez Hastalarda Psikopatoloji, Aleksitimi ve Benlik Saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 6: 84-91, 2005.
 15. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Etkisi, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 19(3):122-129, 2015.
 16. Satman İ, Yumuk V, Erem C, Bayram F, Bahçeci M, Araz M, Sönmez A, Peker Y, Küçükerdönmez Ö. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 978-605-4011-19-3, 2014.
 17. WHO (World Health Organization), Obesity and Overweight, 2016. (Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, Erişim tarihi: 19.04.2017)
 18. Fryar CD, Carroll MD, Ogden CL. Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States Trends 1960-1962 Through 2009-2010, NCHS Health E-Stat. 2012.
 19. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı(2010-2014). Sağlık Bakanlığı Yayınları, no. 773, Ankara 2010.
 20. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, The Challenge of Obesity The WHO European Region and The Strategies For Response, Denmark. 2007.
 21. Berghöfer A., Pischon T, Reinhold T. Obesity Prevalence From A European Perspective: A Systematic Review, BMC Public Health. 8 (200): 1-10, 2008.
 22. Satman İ, Alagöl F, Ömer B, Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, T.C Sağlık Bakanlığı, 2000.
 23. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, T.C Sağlık Bakanlığı Raporu, 2011.

24. Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M. İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 19(1):14-21, 2015.
25. World Health Organization, Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases, Technical Report Series, Geneva, 916, 2003.
26. The Second Who European Action Plan For Food and Nutrition Policy, 2007-2012. (Erişim Tarihi: 02.05.2017)
27. Sevinçer G, Konuk N. Emosyonel Yeme, J Mood Disord. 3(4):171-178, 2013.
28. James WPT, Ezzati M. Overweight and Obesity (High Body Mass Index) Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attribution To Selected Major Risk Factors. Vol.1:497-596. WHO, Geneva, 2004.
29. Öyekçin DG, Şahin EM. Yeme Bozukluklarına Yaklaşım, Türk Aile Hekimliği Dergisi. 15(1): 29-35, 2011.
30. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of Eating Disorders In Primary Care, Am Fam Physician. 67:311-2, 2003.
31. Gürdal A. Yeme Bozukluklarının Tedavisi, Klinik Psikofarmakolojik Bülteni. 9:1, 1999.
32. Alantar Z, Maner F. Bağlanma Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 9: 97-104, 2008.
33. Peckmezian T, Hay P. A Systematic Review and Narrative Synthesis of Interventions For Uncomplicated Obesity: Weight Loss, Wellbeing and Impact On Eating Disorders, Journal of Eating Disorders. 5:15, 2017.
34. Kabakçı E, Başaran D. Yeme Bozuklukları, Hacettepe Tıp Dergisi. 32(2):125-131, 2001.
35. Erbay L, Seçkin Y. Güncel Gastroentroloji, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, 20/4, 2016.
36. Canova S. Yeme Bozuklukları, ODTÜ Öğrenci Gelişim ve Psikolojik Danışmanlık Merkezi, 661:21(85-87-88), <http://ncc.metu.edu.tr/sites/default/files/yemeboz015tur.pdf> (Erişim Tarihi: 13.05.2017)

37. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating Disorders, *The Lancet*, 13:583-93, 2010.
38. Milano W, Rosa M, Riccio A, Milano L, Sanseverino B, Capasso A. The Pharmacological Options in The Treatment of Eating Disorders, *ISRN Pharmacol.* 352865, 2013.
39. Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S. Personality Development Characteristics of Women With Anorexia Nervosa, Their Healthy Siblings and Healthy Controls: What Prevents and What Relatesto Psychopathology, *Psychiatry Res.* 2010.
40. Strumia R, Skin Signs in Anorexia Nervosa, *J Dermatoendocrinol.* 1(5): 268-270, 2009.
41. Uskun E, Şahaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları İle Yeme Tutumları Arasındaki İlişki, *TAF Prev Med Bull.* 12(5): 519-528, 2013.
42. Derenne JL, Beresin EV. Body İmage, Media and Eating Disorders, *Acad Psychiatry.* 30:257-61, 2006.
43. Toker DE, Hocoğlu Ç. Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı, *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 22: 36-42, 2009.
44. Kendal S, Kirk S, Elvey R, Catchpole R, Pryjmachuk S, How a Moderated Online Discussion Form Facilitates Support for Young Peoele With Eating Disorders, *Healthy Expect.*20(1): 98-111, 2017.
45. Uzunian LG, Vitalle MS. Social skills: A Factor of Protection Against Eating Disorders in Adolescentes, *Cien Saude Colet.* 20(11):3495-508, 2015.
46. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 1: 132-154, 2009.
47. Atasoy N, Saraçlı Ö, Konuk N, Ankaralı H, Güriz SO, Akdemir A et.all, Gece Yeme Anketi Türkçe Formunun Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 15:238-247, 2014.
48. Koski M, Naukkarinen H. Severe Obesity, Emotions and Eating Habits: A Case Control Study, *BMC Obes.* 7;4:2, 2017.

49. Babayiğit Z, Alçalar N, Bahadır G, Investigation of Psychopathology and Cognitive Aspects of Binge Eating Disorder in Obese Women, *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 33(4):1077-87, 2013.
50. Küey AG. Yeme bozuklukları, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi. 63:81-83, 2008.
51. Fairburn CG. Eating Disorders: The Transdiagnostic View and The Cognitive Behavioral Theory. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, New York: The Guilford Press. 7-22, 2008.
52. Davis C, Mackew L, Levitan RD, Kaplan SA, Carter JC, Kennedy JL. Binge Eating Disorder (BED) in Relation to Addictive Behaviors and Personality Risk Factors, *Front Psychol (frontiers in psychology)*. 8: 579, 2017.
53. Öyeçkin DG, Deveci A. Yeme Bağımlılığının Etiyolojisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 4(2):138-153, 2012.
54. Zincir SB. Yeme Bozukluklarında Nörendokrin ve Moleküler Etkileşimler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 6(4): 389-400, 2014.
55. Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçeciöğlü S, Merdol TK, Pekcan G, Mercanlıgil SM, Yıldız E. *Diyet El Kitabı*, 5. Baskı, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 2008.
56. Çetin F, Aygün C, Erman F, Aydın S, Poyrazoğlu OK, Bahçeciöğlü İH. Fonksiyonel Dispepside Obestatin ve Ghrelinin Rolü, *Akademik Gastroenteroloji Dergisi.* 8(3): 102-107, 2009.
57. Özenoğlu A, Ünal G. Açlık ve Şiddet, Samsun Sağlık Yüksekokulu, *MÜSBED.* 5(2):115122, 2015.
58. Köse S, Şanlıer N, Hedonik Açlık ve Obezite, *Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Dergisi.* 10(1):16-23, 2015.
59. Van Buren DJ, Sinton MM. Psychological Aspects of Weight Loss and Weight Maintenance, *J Am Diet Assoc.* 109(12), 2009.
60. Davis C, Fox J. Sensitivity To Reward and Body Mass İndex(BMI): Evidence For A Nonlinear Relationship, *Appetite.* 50: 43-49, 2008.

61. Ergün H. Duygusal Yeme, Sağlık ve İnsan Dergisi, 2016. (Erişim: <http://www.saglikveinsandergisi.com/wp> , Erişim tarihi: 01.06.2017)
62. Macht M. How Emotions Affect Eating: Afiveway Model, Appetite. 50:1-11, 2008.
63. Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating Style, Overeating and Overweight in A Representative Dutch Sample: Does External Eating Play A Role, Appetite. 52: 380-387, 2009.
64. Panduro A, Iñiguez IR, Villegas MS, Roman S. Genes, Emotions and Gut Microbiota: The Next Frontier For The Gastroenterologist, World J Gastroenterol. 23(17): 303–304, 2017.
65. Polivy J. What's That You're Eating? Social Comparison and Eating Behavior, J Eat Disord. 5:18, 2017.
66. Vartanian LR, Herman CP, Polivy J. Consumption Stereotypes and Impression Management: How You Are What You Eat, Appetite. 48:265–77, 2007.
67. Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA. Eating Behavior Correlates Adult Weight Gain and Obesity in Healthy Women Aged 55-65y, Am J Clin Nutr. 75: 476-483, 2002.
68. Burton P, Smith H, Lightowler H. J. The Influence Of Restrained and External Eating Patterns On Overeating, Appetite. 49:191- 197, 2007.
69. Bozoklu G. Edirne Kent Nüfusunda Yeme Davranışı ve Etkileyen Faktörler, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2014. (Erişim: <http://dspace.trakya.edu.tr/jspui/bitstream/1/1868/1/0126468.pdf> (Erişim tarihi: 02.06.2017.)
70. Elfhag K, MoreyLC. Personality Traits and Eating Behavior İn The Obese: Poor Selfcontrol in Emotional and External Eating But Personality Assets in Restrained Eating, Eat Behav. 9: 285-293, 2008.
71. Arévalo RV, Aguilar XL, Tellez-Girón MTO, Mancilla-Diaz JM, Eating Disorders Diagnostic: From The DSM-IV to DSM-5, Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, (6):2 108–120, 2015.

72. Bozan N. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin (DEBQ) Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması (Tez), Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Programı. 2009.
73. Sato W, Sawada R, Kubota Y, Toichi M, Fushiki T, Unconscious Affective Responses to Food, *J List PLoS One*. 11(8), 2016.
74. Spence C, Okajima K, Cheok AD, Petit O, Michel C. Eating With Our Eyes: From Visual Hunger To Digital Satiation, *Brain Cogn*. 110:53–63, 2016.
75. Maxwell AL, Loxton NJ, Hennegan JM. Exposure To Food Cues Moderates The İndirect Effect Of Reward Sensitivity and External Eating Via Implicit Eating Expectancies, *Appetite*. 111:135–141, 2017.
76. Bodenlos JS, Wormuth BM. Watching A Food Related Television Show and Caloric Intake. A Laboratory Study, *Appetit*. 61:8–12, 2013.
77. Jeong JO, Jung DJ, Kwak M, Yang HK, Lim SY, Lee JH et.all. Reliability and Validity of the Korean Version of the General-Food Craving Questionnaire-Trait for Children, *Psychiatry Investig*. 14(5): 595–602, 2017.
78. Kıracı D, Kaspar EÇ, Avcılar T, Çakır ÖK, UlucanK, Kurtel H ve arkadaşları. Obeziteyle İlişkili Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılmasında Yeni Bir Yöntem “Üç Faktörlü Beslenme Anketi”, *MÜSBED*, 5(3):162-169, 2015.
79. Christoph M., Katie A., Marla E., Haynos A, Larson N., Sztainer D., Nutrition Facts Use in Relation to Eating Behaviors and Healthy and Unhealthy Weight Control Behaviors, *J Nutr Educ Behav*. 50(3):267-274, 2018.
80. Çayır A., Atak N., Köse SK., Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 64(1):13-19,2011.
81. Türkiye Beslenme Rehberi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 2016.
82. Van Strein T, Van de Laar FA, Intake of Energy is Best Predicted by Overeating Tendency and Consumption of Fat is Best Predicted by Dietary

- Restraint: A 4-Year Follow up of Patients With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes, *Appetite*. 50(2):544-547, 2008.
83. Van Bloemendaal L, Veltman DJ, Ten Kulve JS, Drent ML, Barkhof F, Diamant M, Ljzerman RG. Emotional Eating is Associated With Increased Brain Responses To Food Cues and Reduced Sensitivity To GLP-1 Receptor Activation, *Obesity*. 23(10):2075-82, 2015.
84. Bourdier L, Lalanne C, Morvan Y, Kern L, Romo L, Berthoz s. Validation and Factor Structure of The French-Language Version of The Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ), *J List Front Psychol*. 8:442, 2017.
85. Abbasalizad Farhangi M , Dehghan P , Jahangiry L . Mental Health Problems in Relation To Eating Behavior Patterns, Nutrient Intakes and Health Related Quality of Life Among Iranian Female Adolescents, *Plos one*. 13(4), 2018.
86. Nolan L.J, Halperin L.B., Geliebter A. Emotional Appetite Questionnaire. Construct Validity and Relationship With BMI, *Appetite*. 54(2):314-319, 2010.
87. Nagl M., Hilbert A., Zwaan M., Braehler E., Kersting A. The German Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric Properties, Measurement Invariance, and Population-Based Norms, *Journal List Plus One*. 11(9), 2016.
88. Labbe D., Rytz A., Brunstrom J., Forde C., Martin N. Influence of BMI and Dietary Restraint on Self Selected Portions of Prepared Meals in US Women, *Appetite*. 111:203-207, 2017.
89. Bailly N., Maitre I., Amanda M., Herve C., Alaphilippe D. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of Eating Behaviour in An Aging French Population, *Appetite*. 59(3):853-858, 2012
90. Burton P., Smit H., Lightowler H. The Influence of Restrained and External Eating Patterns On Overeating, *Appetite*. 49(1):191-197, 2007.
91. FenWang Y., LingChuang H., WenChan C., Zauszniewski J. Translation and Psychometric Analysis of the Chinese Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (DEBQ-C) in Taiwanese Preadolescents, *J Pediatr Nurs*. 39:30-37, 2018.

92. Braden A., Musher-Eizenman D., Watfor T., Emley E. Eating When Depressed, Anxious, Bored or Happy: Are Emotional Eating Types Associated With Unique Psychological and Physical Health Correlates?, *Appetite*. 125:410-417,2018.
93. Van Strien T, Cebolla A., Etchemendy E., Maldonado-Gutierrez J., Garcia-Ferrer M., Botella C. ett all. Emotional Eating and Food intake After Sadness and Joy, *Appetite*. 66:20-25, 2013.
94. Rui Poinhos Ph D., Bruno MP.M.Oliveira Ph D., FloraCorreiaPh.D., Psychopathological Correlates of Eating Behavior Among Portuguese Undergraduate Students, *Nutrition*. 48:33-39,2018.
95. Bodenlos J., Gengarely K., Smith R. Gender Differences in Freshmen Weight Gain, *Eat Behav*. 19:1-4, 2015.
96. Van Strein, Herman C.P., Verheijden M.W., Eating Style, Overeating and Weight Gain. A prospective 2-year Follow Up Study in A Representative Dutch Sample, *Appetite*. 59(3):782-789,2012.
97. Cebolla A., Barrada JR., Van Strein., Oliver E., Banos R. Validation of The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in A Sample of Spanish Women, *Appetite*. 73:58-64, 2014.

9. EKLER

EK 1:

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli katılımcılar,

Bu çalışma Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Dyt. Kübracan Bekiroğlu'nun tez çalışması olup ağırlık kontrolü yapan bireylerde yeme tutum davranışları ve duygusal iştahı değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır.

Yeme tutum davranışları kendi içinde üç alt başlıkta incelenmekte olup duygu durumlarından etkilenmektedir. Başarılı bir diyet planlaması için yeterli ve dengeli beslenmenin yanı sıra duygu durumları da göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu çalışma kimlik bilgilerinizi içermemektedir. Bu bilgiler araştırma dışında herhangi bir neden için kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle sorumlu olacaksınız. Araştırma sonuçlarının, eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetinize saygı gösterilecektir. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya çalışma yürütücüsü ile iletişime geçerek araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Çalışmama katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Dyt. Kübracan BEKİROĞLU tarafından bana araştırmanın amacı, içeriği, yararları ve yönetimi açıklandı. Bu açıklamaları anladım ve gönüllülük kabul ettim.

Gönüllünün ;

Tanık/Vekil

Adı Soyadı:

Adı Soyadı

İmzası:

İmzası:

Telefon:

Telefon:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı, imzası, tarih:

EK 2:

**Ağırlık Kontrolü Yapan Bireylerde Yeme Tutum Davranışı Ve
Duygusal İştahın Değerlendirilmesi**

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Anket no:

1. Adı – Soyadı:

2. Cinsiyet : A) Kadın B) Erkek

3. Yaş:.....

4. Ağırlık:kg

5. Boy:cm

6. Medeni durumunuz nedir?

A) Evli B) Bekar C) Dul

7. Çocuğunuz var mı?

A) Evet B) Hayır

8. Cevabınız “evet” ise kaç tane :

9. Eğitim durumunuz nedir?

A) Okur-yazar değil

B) Okur-yazar

C) İlkokul

D) Ortaokul

- E) Lise
- F) Üniversite
- G) Yüksek lisans / doktora

10. Mesleğiniz nedir?

- A) Öğrenci
- B) Çalışmıyor
- C) Emekli
- D) Ev hanımı
- E) Memur
- F) Sigortalı işçi
- G) Sigortasız işçi
- H) Serbest meslek

II. TÜTÜN ve ALKOL KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİLER

11. Sigara içiyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır
- C) Bıraktım

12. Cevabınız “evet” ise günde kaç sigara içiyorsunuz?.....

13. Alkol kullanıyor musunuz? (Cevabınız “hayır” ise 15. Soruya geçebilirsiniz.)

- A) Evet
- B) Hayır

14. Cevabınız “evet” ise aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanları doldurunuz?

Günde/ haftada/ ayda.....kez.....duble rakı içiyorum

Günde /haftada/ ayda.....kez.....cc bira içiyorum

Günde /haftada/ ayda.....kez.....kadeh şarap içiyorum

Günde /haftada/ ayda.....kez.....bardak viski içiyorum.

Günde /haftada/ ayda.....kez.....bardak votka içiyorum.

Diğer belirtiniz.....

Günde /haftada/ ayda.....kez.....bardak içiyorum.

15. İlk Aşırı Kilo Artışınızın Olduğu Dönemi Belirtiniz?

- A) Bebeklik dönemi
- B) Çocukluk dönemi
- C) Ergenlik dönemi
- D) Sınav Dönemi(lise hazırlık, üniversite hazırlık vb.)
- E) Üniversite Dönemi
- F) Evlendikten sonra
- G) Sigarayı bıraktıktan sonra
- H) Hamilelik/ doğum sırası
- İ) Hamilelik öncesi
- J) Menopozdan sonra
- K) Sporu bıraktıktan sonra
- L) Diğer (belirtiniz)

16. En Son Hangi Nedenle Kilo Verdiniz?(Birden Fazla Seçebilirsiniz)

- A) Sağlığımı korumak amacıyla
- B) Hastalık nedeniyle
- C) Psikolojik sorunlar nedeniyle
- D) Estetik nedenlerle
- E) Gebelik Öncesi
- F) Gebelik sonrası
- G) Aile / Çevre baskısı ile
- H) Diğer (belirtiniz).....

17. Kilo Vermek Amacıyla Son Uyguladığınız Diyet İle İlgili Olarak:

Diyetin süresi: Ay Ulaşmak istediğiniz ağırlık:kg
Diyet başlangıcında ağırlığınız:kg Diyet sonunda ağırlığınız:kg

18.Diyet (Beslenme) Programını Nasıl Uyguladınız?

- A) Hiç aksatmadım.
- B) Ara sıra kaçamaklarım oldu.
- C) Sık sık kaçamaklarım oldu.
- D) Programıma uyduğum söylenemez.
- E) Diğer.....

19.Diyet Yaptığınız Süreçte Kendinizi Nasıl Hissettiniz?

Çok Kötü 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 Çok iyi

20. Diyet Süresince Psikolojik Rahatsızlık Hissettiyseniz Belirtiniz?

	Hafif	Orta	Ciddi
Depresyon			
Mutsuzluk			
Endişe			
Gerginlik			
Diğer.....			

21. Planlanan Diyet Programını Tamamlamadan Yarıda Bıraktınız Mı?

- A) Evet
- B) Hayır

22. Diyeti Yarıda Bıraktıysanız Bırakma Nedeniniz Nedir? (Birden Fazla Seçenek İşaretleyebilirsiniz.)

- A) Sağlık sorunları nedeniyle
- B) Diyeti uygulamak zor geldiği için
- C) Ekonomik nedenlerden dolayı
- D) Uyguladığım diyet yönteminin bana uymadığını düşündüğüm için
- E) İdeal kiloma ulaştığım için
- F) Diyetisyenden memnuniyetsizlik nedeniyle
- G) Diğer.....

22. Diyetisyene Gitme Sıklığınız:

- A) Haftada 2 kez
- B) Haftada 1 kez
- C) 15 günde 1 kez
- D) Ayda 1 kez
- E) Diğer.....

23.Uyguladığınız Diyet/Beslenme Programıyla Verdiğiniz Kiloyu Koruyabildiyse Ne Kadar Süre Koruyabildiniz?.....Ay

24.Diyet Yaptığınız Süreçte Edindiğiniz Hangi Alışkanlıkları Diyetten Sonrada Devam Ettirdiniz? (Birden Fazla Seçenek İşaretleyebilirsiniz.)

- A) Düzenli beslenme alışkanlığı kazandım.
- B) Düzenli kilo takibi yaptım.
- C) Sağlıklı beslenmeye yönelik yayınları takip ettim.
- D) Tükettiğim besinleri düzenli olarak kaydettim.
- E) Düzenli olarak spor(egzersiz) yapmaya devam ettim.
- F) Hiçbiri
- G) Hepsi

25. Tanısı Konmuş Ve Şu Anda Devam Eden Bir Hastalığınız Veya Sağlık Sorununuz Var Mı?

- A) Hayır
B) Evet

Cevabınız evet ise (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- A) Kalp-damar hastalığı
B) Hipertansiyon
C) Böbrek hastalığı
D) Diyabet
E) Guatr
F) Hormonal sorunlar
G) Adet düzensizliği
H) Menopoz belirtileri
İ) Polikistik Over Sendromu (PKOS)
J) Mide yakınmaları
K) Migren
L) Diz ağrıları
M) Uyku apnesi
N) Diğer.....

26. Kilo vermek için spor/egzersiz vb. yaptıysanız;

Egzersiz/ spor türü	Süresi (dk)	Haftada kaç gün	Devam Etme Süresi (ay)
Yürüyüş			
Koşu			
Aerobik			
Bisiklet			
Yüzme			
Pilates			
Futbol/Basketbol/vb			
Zumba			
Diğer			

EK 3:**Besin Tüketim Formu**

Öğünler	Yemekler/besinler	Miktar/ölçü	İçecekler	Miktar/ölçü
Sabah				
Kuşluk				
Öğle				
İkinci				
Akşam				
Gece				

EK 4:**HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ (DEBQ)**

**Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz.
Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun
cevabın altındaki daireyi işaretleyin. Teşekkürler.**

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?					
Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
Depresyonda oldu ğunuzda yada hayal kırıklılığında yemek ister misiniz?					
Kendinizi yalnız hissetti ğinizde yemek ister misiniz?					
Biri sizi üzdü ğünde yemek ister misiniz?					

Sinirleriniz bozuk oldu ğu zaman yemek ister misiniz?					
İstemedi ğiniz bir şey oldu ğu zaman yemek ister misiniz?					
Kayg ı l l ı, endi Őeli oldu ğunuz zaman yemek ister misiniz?					
bir Őeyler ters yada yanl ı Ő gitti ğinde yemek ister misiniz?					
Korktu ğunuz zaman yemek ister misiniz?					
Hayal k ı r ı k l ı ğ ı na u ğrad ı ğ ı n ız zaman yemek ister misiniz?					
Duygusal olarak ũzũntũlũ oldu ğunuzda yemek ister misiniz?					
Huzursuz oldu ğunuzda yada can ı n ız s ı k k ı n oldu ğunda yemek ister misiniz?					
Yedi ğiniz Şey lezzetliyse, genelde yedi ğinizden daha ğok yer misiniz?					
Yedi ğiniz Şey gũzel kokuyor ve gũzel gũrũnũyorsa, genelde yedi ğinizden daha ğok yer misiniz?					
Lezzetli bir Şey gũrdũğũnũzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz ?					
Eĝer yemek iĝin lezzetli bir Őeyler varsa doĝrudan onu yer misiniz?					
Eĝer bir fır ı n ı n ũnũnden geĝerseniz, lezzetli bir Őeyler satın almak ister misiniz?					
Eĝer bir kafe ya da bũfenin ũnũnden geĝerseniz, lezzetli bir Őeyler satın almak ister misiniz?					
BaŐkaları n ı yerken gũrũrseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					
Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
BaŐkalarını yerken gũrdũğũnũzde, genelde yediĝinizden daha fazla yer misiniz?					
Yemek haz ı r larken bir Őeyler yemeye meyilli misiniz?					

EK 5:

ÜÇ FAKTÖRLÜ BESLENME ANKETİ

(Lütfen kendinize en uygun cevabı işaretleyin.)

- 1) Yeni yemek yemiş olsam bile, pişen güzel bir et kokusu aldığımda, kendimi yememek için zor tutuyorum.
 - a. Kesinlikle doğru
 - b. Çoğunlukla doğru
 - c. Çoğunlukla yanlış
 - d. Kesinlikle yanlış
- 2) Kilomu kontrol altında tutmak için küçük porsiyon yemeye çalışırım.
 - a. Kesinlikle doğru
 - b. Çoğunlukla doğru
 - c. Çoğunlukla yanlış
 - d. Kesinlikle yanlış
- 3) Huzursuz ve endişeli olduğumda, kendimi yemek yerken buluyorum.
 - a. Kesinlikle doğru
 - b. Çoğunlukla doğru
 - c. Çoğunlukla yanlış
 - d. Kesinlikle yanlış
- 4) Bazen yemek yemeye başladığımda, duramayacakmışım gibi geliyor.
 - a. Kesinlikle doğru
 - b. Çoğunlukla doğru
 - c. Çoğunlukla yanlış
 - d. Kesinlikle yanlış
- 5) Yemek yiyen bir kişi ile birlikte olmak, çoğunlukla yemek yiyecek kadar kendimi aç hissetmeme neden oluyor.
 - a. Kesinlikle doğru
 - b. Çoğunlukla doğru
 - c. Çoğunlukla yanlış
 - d. Kesinlikle yanlış

- 6) Üzgün olduğum zamanlarda, sıklıkla çok fazla yemek yerim.
- Kesinlikle doğru
 - Çoğunlukla doğru
 - Çoğunlukla yanlış
 - Kesinlikle yanlış
- 7) Lezzetli olan bir yiyecek gördüğümde, o kadar çok acıkırım ki o an yemem gerekir.
- Kesinlikle doğru
 - Çoğunlukla doğru
 - Çoğunlukla yanlış
 - Kesinlikle yanlış
- 8) O kadar çok acıkıyorum ki doymak bilmiyorum
- Kesinlikle doğru
 - Çoğunlukla doğru
 - Çoğunlukla yanlış
 - Kesinlikle yanlış
- 9) Her zaman o kadar açım ki, tabağımdaki yemeği bitirmeden önce yemek yemeyi durdurmam benim için çok zor.
- Kesinlikle doğru
 - Çoğunlukla doğru
 - Çoğunlukla yanlış
 - Kesinlikle yanlış
- 10) Yalnızlık hissettiğimde, kendimi yemek yerken buluyorum
- Kesinlikle doğru
 - Çoğunlukla doğru
 - Çoğunlukla yanlış
 - Kesinlikle yanlış
- 11) Öğünlerde kilo almamak için kendimi bilinçli bir şekilde durduruyorum
- Kesinlikle doğru
 - Çoğunlukla doğru
 - Çoğunlukla yanlış
 - Kesinlikle yanlış



- 12) Bazı yiyecekler kilo almama neden olduğu için onları yemem
- Kesinlikle doğru
 - Çoğunlukla doğru
 - Çoğunlukla yanlış
 - Kesinlikle yanlış
- 13) Her zaman yemek yiyecek kadar açım
- Kesinlikle doğru
 - Çoğunlukla doğru
 - Çoğunlukla yanlış
 - Kesinlikle yanlış
- 14) Ne kadar sıklıkla kendinizi aç hissediyorsunuz
- Sadece yemek öğünlerinde
 - Bazen öğünler arasında
 - Sıklıkla öğünler arasında
 - Neredeyse her zaman
- 15) Yemeyi sevdiğiniz yiyecekleri satın almaktan kendinizi ne kadar sıklıkla durdurabiliyorsunuz?
- Neredeyse hiç durduramıyorum
 - Nadiren durduruyorum
 - Çoğunlukla durduruyorum
 - Hemen hemen her zaman durduruyorum
- 16) İsteddiğinizden daha az yemek yemeyi ne kadar ölçüde başarabiliyorsunuz?
- Hiç başaramıyorum
 - Bazen başarıyorum
 - Arada sırada başarıyorum
 - Çoğunlukla başarıyorum
- 17) Aç olmadığınız halde, aşırı miktarda yemeye devam eder misiniz?
- Asla
 - Ender olarak
 - Bazen
 - En az haftada bir kere

18) 1'den 8'e kadar olan bir derecelendirme yapıldığında, 1 sayısı yemek yemenizde bir kısıtlama yapılmadığını (istediğiniz zaman istediğiniz yiyeceği yemek) ve 8'de tamamiyle yemeğin kısıtlandığını (kesin olarak yemek miktarınızı sınırlamak ve porsiyonunuz bittikten sonra tekrar yememek), kendinize hangi sayıyı vereceğinizi aşağıdaki kutucuklardan size en yakın gelenini işaretleyerek belirtiniz.

1 2 3 4 5 6 7 8



10. ETİK KURUL ONAYI

		
T.C. İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ		E-İmzalıdır
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı		
Sayı : 10840098-604.01.01-E.11402		22/07/2016
Konu : Etik Kurulu Kararı		
Sayın Kübraçan Bekiroğlu		
<p>Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Ağırlık Kontrolü Yapan Bireylerde Yeme Tutum Davranışı ve Duygusal İştahın Değerlendirilmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.</p>		
Bilgilerinize rica ederim.		
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı		
<p><u>EK:</u> -Karar Formu (2 sayfa)</p>		
<small>Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 22.07.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrakımızı: https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden 921D74A1XB kodu ile doğrulayabilirsiniz.</small>		
İstanbul Medipol Üniversitesi		Tel: 444 85 44
Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810 Beykoz/İSTANBUL		İnternet: www.medipol.edu.tr Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ağırlık Kontrolü Yapan Bireylerde Yeme Tutum Davranışı ve Duygusal İştahın Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Kübracan Bekiroğlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Diyetisyen			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	11.07.2016	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.07.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 394		Tarih: 21/07/2016	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ilknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kübracan	Soyadı	Bekiroğlu
Doğum yeri	Çukurova	Doğum tarihi	30.01.1991
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	15694271926
E-mail	kubrabeiroglu@gmail.com	Tel	05053545298

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015-2018
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2010-2014
Lise	Adana Ticaret Odası Anadolu Lisesi	2005-2009

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre
1.	Catering diyetisyen	Memorial Ataşehir Hastanesi	2015 (3 yıl)
2.	Catering diyetisyen	Liv Hospital	2014 (9 ay)
3.	Stajyer	Liv Hospital	2014 (3 ay)
4.	Stajyer	Bağcılar Mega Medipol Hastaneler Kompleksi	2014 (1 ay)
5.	Stajyer	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014 (1 ay)
6.	Stajyer	Terakki Vakıf Okulları	2013 (1 ay)
7.	Stajyer	İETT	2013 (1 ay)

Yabancı diller

Yabancı diller	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit ağırlık	Sözel
Ales Puanı	72,8	69,7	70,9

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office Programları(Word, excel, powerpoint)	Çok iyi
Spss	İyi
BEBİS	İyi