

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ZAYIFLAMA DİYETİ YAPAN BİREYLERDE YEME TUTUMU
VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE DEPRSYON
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Selin Ashı GÜLEŞCE

**Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı
Beslenme ve Diyetetik Programı**

OCAK, 2024

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ZAYIFLAMA DİYETİ YAPAN BİREYLERDE YEME TUTUMU
VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE DEPRSYON
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Selin Ashı GÜLEŞCE
(Y2116.050017)

Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı
Beslenme ve Diyetetik Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gülay BAYSAL

ŞUBAT, 2024

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Zayıflama Diyeti Yapan Bireylerde Yeme Tutumu Ve Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (05/01/2024)

Selin Aslı GÜLEŞCE

ÖNSÖZ

Çalışmamın yürütülmesi sırasında tez danışmanlığımı üstlenerek tezimin oluşumundan tamamlanmasına kadar geçen süreçte desteğini esirgemeyen, değerli fikirlerini benimle paylaşan, tezimin tamamlanmasında bana yardımcı olan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Gülay BAYSAL'a ve Prof. Dr. Halit Tanju Besler'e

Hayatımın her döneminde yanımda olan maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen aileme, tezimin yazım aşamasında bana fikir veren değerli hocalarıma, bana çalışmamda yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarıma ve aileme

Sonsuz Teşekkürler...

Şubat, 2024

Selin Aslı GÜLEŞCE

ZAYIFLAMA DİYETİ YAPAN BİREYLERDE YEME TUTUMU VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE DEPRSYON İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Günümüzde değişen beslenme alışkanlıkları artan sağlıksız atıştırmalıkların tüketimi obezite prevalansının artışa geçmesine neden olmaktadır. Sosyal medyaya bağlı olarak gelişen güzellik algısı yeme bozukluklarının gelişimini desteklemektedir.

Bu araştırmanın amacı zayıflama diyeti yapan bireylerin yeme tutumlarının depresyon ile ilişkisini incelemektir. Araştırma 1 Mart 2023- 31 Ağustos 2023 tarihleri arasında zayıflama diyeti yapan bireyler arasında yapılmıştır. Araştırma 18-65 yaş aralığında 500 birey ile yapılmıştır. Bu bireylerin 400'ü kadın, 100'ü erkektir. Bireylerin beden kütle indeksi ortalaması 25,46 kg/ m², boy ortalaması 166 cm ve vücut ağırlığı ortalaması ise 70,21 kg olarak bulunmuştur. Zayıflama diyeti uygulanan kadın bireylerin BKİ ortalamasının 25,51 kg/m² olduğu, boy ortalamasının 165,50 cm olduğu ve vücut ağırlığı ortalamasının ise 69,96 kg olduğu belirlenmiştir. Zayıflama diyeti uygulanan erkek bireylerin BKİ ortalamasının 25,25 kg/m² olduğu, boy ortalamasının 168,0 cm olduğu ve vücut ağırlığı ortalamasının ise 71,18 kg olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylere yüz yüze seanslarda anketler verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Bu anketler Yeme Tutumu Testi- 26 ve Beck Depresyon Ölçeğidir.

Araştırmada zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon genel ortalamaları ile Yeme Tutum Testi- 26 arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. (r:-,438, p=0,000<0.05). Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon dü ile BKİ durumu arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=20.697$, p=0.014<0.05) olduğu bulunmuştur. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %68.8 oranı ile orta derecede depresyon olduğu, normal ağırlıkta olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %40.9 oranı ile şiddetli derecede depresyon olduğu, kilolu olan ve zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %43,2 oranı ile şiddetli derecede

depresyon olduğu, obez olan ve zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %46,3 oranı ile şiddetli derecede depresyonu olduğu bulunmuştur. Zayıflama diyeti uygulanan erkeklerin depresyon ortalamalarının ($\bar{X}=28,79$) zayıflama diyeti uygulanan kadınların depresyon ortalamalarından ($\bar{X}=23,32$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Depresyon, Yeme bozuklukları ve depresyon

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EATING ATTITUDE AND DEPRESSION ACCORDING TO BECK DEPRESSION SCALE IN INDIVIDUALS ON A WEIGHT LOSS DIET

ABSTRACT

Today, changing eating habits and increasing fast food consumption lead to an increase in the prevalence of obesity. The perception of beauty developed due to social media supports the development of eating disorders.

The aim of this study was to examine the relationship between food attitudes and depression in individuals on a weight loss diet. The study was conducted on individuals who were on a weight loss diet between March 1, 2023 and August 31, 2023. The research was conducted with 500 participants aged 18-65. Of these participants, 400 were women and 100 were men. The average body mass index of the participants was 25.46 kg/m², the average height was 166 cm and the average weight was 70.21 kg. It was determined that the mean BMI of female individuals who were administered a weight loss diet was 25.51 kg/m², the mean height was 165.50 cm and the mean weight was 69.96 kg. It was determined that the mean BMI of male individuals who were administered a weight loss diet was 25.25 kg/m², the mean height was 168.0 cm and the mean weight was 71.18 kg. The individuals participating in the study were given questionnaires in face-to-face interviews and asked to fill them out. These questionnaires are Eating Attitude Test-26 and Beck Depression Scale.

In the study, a statistically significant relationship was found between the depression averages of the participants on a weight loss diet and the Eating Attitude Test ($r: -.438, p=0.000<0.05$). It was found that there was a significant difference between the Beck Depression Inventory averages of the participants who applied a weight loss diet and their BMI status ($\chi^2=20.697, p=0.014<0.05$). It was determined that 68.8% of the participants who were on a weight loss diet had moderate depression, 40.9% of the participants who were normal weight and

on a weight loss diet had severe depression, 43.2% of the participants who were overweight and on a weight loss diet had severe depression, and 46.3% of the participants who were obese and on a weight loss diet had severe depression. It was determined that the mean depression ($\bar{X}=28.79$) of male participants on a weight loss diet was higher than the mean depression ($\bar{X}=23.32$) of female participants on a weight loss diet.

Keywords: Eating Disorders, Depression, Eating disorders and depression

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONUR SÖZÜ	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER.....	4
A. Obezite.....	4
1. Obezite Türleri	6
a. Metabolik Olarak Sağlıklı Obez	6
b. Metabolik Soruna Sahip Obez.....	6
c. Metabolik Olarak Normal Obez	7
d. Sarkopenik Obez.....	7
2. Obezite Prevelansı	7
3. Obezite Tedavisi	8
a. Obezite Tedavisinde Makrobesin Öğeleri	8
b. Enerji Kısıtlaması	9
c. Beslenme Tarzı	9
d. Bariatrik Cerrahi.....	9

e. Mide Balonu	9
B. Yeme Bozuklukları	10
1. Anoreksiya Nervoza	10
2. Bulumiya Nervoza	11
3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	12
4. Gece Yeme Sendromu	13
5. Pika	14
6. Ruminasyon Bozukluğu	14
7. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu	14
8. Ortoreksiya Nervoza	15
C. Yeme Bozuklukları Prevelansı	15
D. Yeme Bozuklukları Tedavisi	16
1. Psikolojik Terapi Tedavisi	16
2. Farmakolojik Tedavi	17
E. Depresyon	17
F. Depresyon Prevelansı	17
G. Depresyon Tedavisi	18
1. Psikoterapi ve Depresyon	18
2. Psikofarmakolojik Tedavi ve Depresyon	19
III. YEME BOZUKLUĞU VE DEPRESYON	20
IV. GEREÇ VE YÖNTEM	24
A. Araştırmanın Amacı ve Tipi	24
B. Araştırmanın Hipotezleri	24
C. Araştırmanın Alt Problemleri	24
D. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	25
E. Araştırmanın Varsayımları	25

F. Evren ve Örneklem	25
G. Veri Toplama Araçları	25
1. Beck Depresyon Ölçeği	25
2. Yeme Tutum Testi Ölçeği.....	26
H. Güvenirlilik Analizi ile İlgili Bulgular	26
1. İç Tutarlılık Bulguları	26
İ. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	27
J. Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
V. BULGULAR.....	29
A. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Sosyo-Demografik Sorulara Yönelik Verdiği Cevapların Dağılımı.....	29
B. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları	31
C. Ölçeklere Yönelik Bulgular.....	32
1. Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testinin Cinsiyet Değişkeni Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	32
2. Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin Yaş Değişkeni Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	34
3. Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin Eğitim Değişkeni Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	35
4. Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin BKİ Değişkeni Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	37
D. Bireylerin Cinsiyeti ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması İlişkin Bulgular.....	38
E. Bireylerin Eğitim Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması İlişkin Bulgular.....	39
F. Bireylerin Yaş Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması İlişkin Bulgular.....	40

G. Bireylerin BKİ Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması İlişkin Bulgular.....	41
H. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Depresyon, Yeme Tutum Testi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	43
VI. TARTIŞMA	44
VII. SONUÇ.....	50
VIII. KAYNAKÇA.....	54
EKLER.....	67
ÖZGEÇMİŞ.....	73

ÇİZELGELER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 1. BKİ Sınıflandırması	5
Çizelge 2. Bel Çevresi Sınıflandırması	5
Çizelge 3. Güvenilirlik Analizi Bulguları	27
Çizelge 4. Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	28
Çizelge 5. Zayıflama Diyeti Uygulanan Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Cinsiyete Göre Dağılımları N=500	29
Çizelge 6. Zayıflama Diyeti Uygulanan Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Yaşa Göre Dağılımları N=500	29
Çizelge 7. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Eğitim Durumuna Yönelik Verdiği Cevapların Dağılımı N=500.....	30
Çizelge 8. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin BKİ Durumuna Yönelik Dağılımı N=500	30
Çizelge 9. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları.....	31
Çizelge 10. Cinsiyet Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İncelenmesine İlişkin t-Testi Sonuçları.....	32
Çizelge 11. Yaş Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	34
Çizelge 12. Eğitim Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	35
Çizelge 13. BKİ Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	37
Çizelge 14. Bireylerin Cinsiyeti ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması	38
Çizelge 15. Bireylerin Eğitim Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Karşılaştırılması	39

Çizelge 16. Bireylerin Yaş Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması	41
Çizelge 17. Bireylerin BKİ Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması	42
Çizelge 18. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Beck Depresyon ve Yeme Tutum Testi Arasındaki İlişki (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi) (N:500)	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.	Cinsiyet Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İlişkisi	33
Şekil 2.	Yaş Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İlişkisi	35
Şekil 3.	Eğitim Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İlişkisi	37
Şekil 4.	BKİ Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İlişkisi	38
Şekil 5.	Cinsiyet ve Beck Depresyon Ölçeği Karşılaştırması.....	39
Şekil 6.	Eğitim Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Karşılaştırılması	40
Şekil 7.	Yaş Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması	41
Şekil 8.	BKİ Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması	42

I. GİRİŞ

Beslenme, bireylerin vücudunun ihtiyacı olan enerji ve besin öğelerinin besinler aracılığı ile vücuda alınmasıdır. Hayatın devamlılığı, büyüme ve gelişme için beslenme elzemdir (Merdol T.K., 2013). Bireylerin düzenli ve dengeli beslenmesi hastalık semptomlarını azaltmada ve hastalıkları önlemede büyük rol oynamaktadır (Barber, T. M.,2020).

Bireylerin son zamanlarda hızlı ve pratik olması sebebi ile sağlıksız atıştırmalıkları tercih etmesi, obezite prevelansının artış göstermesine neden olmaktadır. 2017 yılında Küresel Hastalık Yüğü Grubu'nun yapmış olduğı araştırma, obezite prevelansının 1980'li yıllardan itibaren sürekli olarak artış gösterdiğini bildirmiştir. Yapılan son araştırmalar obezite prevelansının dünya genelinde %30 artış gösterdiğini belirtmektedir. Obezite prevelansının azaltılması hedeflense bile 2025 yılında bu sayının çok daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (Caballero B., 2019). Obezite kanser, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve yeme bozuklukları gibi birçok bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olmaktadır (Pınar R.,2002).

Yeme bozuklukları tıbbi olarak morbidite ve mortalite ile ilişkili, önemli psikiyatrik sonuçları olan, kişisel, ailesel ve toplumsal maliyetleri olan zararlı psikiyatrik hastalıklardır (Schaumberg K. ve ark., 2017). Yeme bozuklukları fiziksel ve ruhsal sağlığı önemli ölçüde bozabilmektedir. Yeme bozukluklarına sahip bireyler genel nüfus ile karşılaştırıldığında ölüm oranlarının yeme bozukluğuna sahip bireylerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm psikiyatrik bozukluklar arasında özellikle anoreksiya nervozanın ölüm oranları oldukça yüksektir. Anoreksiya nervoza hastalarının yarısından fazlasında ölümler ağırlıklı olarak enerji ve besin ögesi yetersizliği nedeniyle açlıktan kaynaklanmaktadır. Bulumiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunun komplikasyonları genellikle çok aşırı yemek yeme ile bağlantılı obezite veya bulumiya nervozadaki boşaltma durumundan kaynaklanmaktadır (Voderholzer U. ve ark., 2020). Yeme bozuklukları aynı zamanda tarihsel olarak en cinsiyetçi hastalıklar olarak

tanımlanmaktadır. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık rastlanmaktadır. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha düşüktür. Kadınlar arasındaki yaygınlığı erkekler arasında yapılan araştırmaların daha az olmasına neden olmaktadır. Gorrel ve Murrey (2019), erkekler arasında beden imajı kaygılarının giderek arttığını bundan dolayı erkeklerde kaygıları tanımlama, değerlendirme, sınıflandırma ve tedavi yöntemlerinin ilerlemesi gerektiğini bildirmiştir. Erkeklerde de kadınlar kadar şiddetli semptomların görülebileceğini buna bağlı olarak erken teşhisin önemli olduğunu belirtmektedir (Gorrell S., Murray S. B., 2019).

Yeme bozuklukları her yaş grubunu etkileyebildiği gibi adolesanlarında ciddi oranlarda etkilemektedir. ABD merkezli 13-18 yaş aralığındaki 10.000 adolesan üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme sendromu oranları sırası ile 0.3, 0.9 ve 1.6 olarak bulunmuştur. Bu bozuklukların başlangıç yaşı ise 12.5 olarak görülmüştür. Bu araştırmaya göre adolesanlar arasında tıknırcasına yeme bozukluğunun daha yaygın olduğunu görülmektedir. ABD merkezli yeme bozukluğu tedavi programında yapılan farklı bir incelemede ise programa katılan adolesanlarda görülen tanıların 32'sini anoreksiya nervoza, 9'unu atipik anoreksiya nervoza, 9'unu bulimiya nervoza, 19'unu kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozukluğu, 10'unu diğer yeme bozuklukları oluşturduğu saptanmıştır. Bu durum göz önüne alındığında tıknırcasına yeme bozukluğunun henüz yeterince tanınmış olmaması ve tedavisinin uygulanmadığını sonucu çıkarılabilmektedir. Gençlik risk araştırmasının yaptığı farklı bir çalışma cinsel eğilimi farklı olan 24.591 lise öğrencisinin yeme durumlarını araştırmıştır. Farklı cinsel eğilimi olan lise öğrencilerinin akranlarına göre daha yüksek düzeylerde sağlıksız ve düzensiz vücut ağırlığı kontrol davranışlarına sahip olduğunu bulmuştur. 300.000 üniversite öğrencisini kapsayan farklı bir çalışma özellikle transseksüel bireylerin yeme bozukluğuna sahip olduğunu bulmuştur (Hornberger LL, Lane MA,2021).

Depresyon klinik olarak önemli bir duygu durum bozukluğudur. Kişinin kendi hayatından memnun olmaması, daha önce yaptığı aktiviteleri yaparken artık keyif almaması, özgüven eksikliği, huzursuzluk ve insanlardan uzaklaşması gibi semptomları bulunmaktadır (Park L. T., ve Zarate C. A., 2019) . 2015 yılında yapılan bir çalışmada, depresif bozuklukların en yaygın üçüncü sağlık sorunu

olduğu tahmin edilmektedir. İntihar vakalarının yarısından fazlası depresyon tanısı ile yakından ilişkilidir. Depresyon prevalansı en yüksek psikolojik rahatsızlıklardandır. Elde edilen veriler depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü belirtmektedir (Kafes A. Y., 2021). Depresyonun patofizyolojisi henüz net olarak anlaşılamamıştır. Beyindeki monoaminerjik nörotransmitterlerin (serotonin, dopamin, norepinefrin veya bunların beraberce etkileşimlerinin) işlevlerinde azalma ile ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Hastalık çoğunlukla 20'li yaşlarda ortaya çıkmaktadır ve 50'li yaşlarda ikinci zirve görülmektedir (Park L. T., ve Zarate C. A., 2019).

Yeme bozuklukları ve depresyona çoğu zaman birbirine eşlikçi olarak rastlanmaktadır. Yeme bozukluklarının ve depresyonun kronik hale gelmesi hastalığın seyrini değiştirebilmekte ve hastalığın şiddetinin artış göstermesine neden olabilmektedir (Puccio F. ve ark.,2016). Ergenlik dönemi, ruhsal sorun ve bozuklukların ortaya çıkma olasılığının arttığı bir dönemdir (Sander J., Moessner M., Bauer S., 2021). Özellikle adolesanlarda yeme bozukluklarına sıklıkla rastlanmaktadır. Adolesanların sağlıksız atıştırma davranışları tüketiminin artması 2030 yılında adolesanların obezite oranlarının tüm dünyada artacağını göstermektedir. Yeme bozukluğu davranışlarına tüm ırklarda ve etnik gruplarda, düşük sosyo-ekonomik sınıflarda, henüz ergenliğe girmemiş çocuklarda ve vücut ölçüleri artış gösteren adolesan ve çocuklarda günümüzde daha sık tanımlanmaktadır. Yeme bozukluğuna sahip adolesanlarda yaş arttıkça psikolojik problemlerin görülme olasılığının daha yüksek olduğu görülürken, aşırı tıkinma ve boşaltma davranışlarına daha az rastlanılmaktadır (Hornberger LL, Lane MA,2021). Beden kütle indeksi yaşlarına göre daha büyük olan adolesanlar sosyal medya, akranlar ve öğretmenler aracılığı ile beden imajları ile ilgili eleştirilere maruz kalmaktadır. Bu durum adolesanlarda zayıf beden imajı, depresyon, anksiyete, sağlıksız beslenme ve obezite gelişimine yol açmaktadır (Hornberger LL, Lane MA,2021). Obezite ve yeme bozuklukları bir arada sıklıkla görülebilmektedir. Obezite ve yeme bozukluklarını aynı anda yaşayan adolesanların fiziksel ve psikolojik sorunlarının şiddetlenmesi sıklıkla görülmektedir (Jebeile H. ve ark.,2021). Yeme bozukluklarına eşlik eden depresyon özellikle kadınlarda daha fazla semptom göstermekte ve şiddetli seyretmektedir (Sander, J., Moessner, M., Bauer, S., 2021).

II. GENEL BİLGİLER

A. Obezite

Obezite, alınan kalorinin harcanan kaloriden fazla olması, vücut yağının birikimi ve anormal dağılması ile tanımlanmaktadır (Bray G. A.,2003). Obezite özellikle son yıllarda artış göstermeye başlamış ve bu sebep ile önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi, hipertansiyon ve çoğu zaman bazı kanser türleri ile komplike hale gelerek ölüm riskinin artış göstermesine neden olmaktadır (Purnamasari D ve ark., 2011).

1980’li yıllardan günümüze kadar obezite oranları iki katı kadar artış göstermiştir. Dünya nüfusunun yaklaşık olarak 1/3’ü aşırı kilolu veya obez olarak değerlendirilmektedir. Bu oranlar cinsiyete ve yaşa bakmaksızın artış göstermiştir. Fakat yaşlı ve kadınlarda oranların daha yüksek olduğu görülmüştür (Chooi, Y ve ark., 2018). Başlı başına obezite prevalansının artması ise bu hastalıklara neden olmaktadır. Ekonomik düzeyi düşük olan ülkelerde obezite daha çok orta yaşlı yetişkinleri etkilerken, ekonomik düzeyi yüksek olan ülkelerde her yaş grubunu ve her cinsiyetten bireyleri etkilemektedir. Obezite oranlarının artış göstermesi ülkeler için hem sağlık yükünün hem ekonomik yükün artmasına neden olmaktadır (Rtveladze, K ve ark., 2013).

2013 yılında Keaver ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışma 2030 yılına kadar obezite oranının kadınlarda %85, erkeklerde ise %89 seviyelerine kadar ulaşması beklenmektedir. Obezite oranlarının bu seviyelere yükselmesi obeziteye bağlı gelişen kalp hastalıklarının prevalansının %97, kanser prevalansının %61, diyabet prevalansının %21 oranlarında artış göstermesine neden olması beklenmektedir (Keaver, L. ve ark., 2013). Yapılan çalışmalar nüfus azalmasının obeziteye bağlı sağlık harcamalarında önemli bir azalma göstereceğini bulmuştur. Obeziteye sahip olan çocukların sağlık harcamaları ile normal vücut ağırlığına sahip çocukların sağlık harcamaları kıyaslandığında

obezitesi olan çocukların sağlık harcamalarının 1.6 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (Hayes A.ve ark., 2016).

Obezite tanısının koyulabilmesi için en güvenilir ölçüm yöntemi vücuttaki yağ dokusu miktarını doğrudan ölçmektir. Fakat bu yöntem uygulaması zor ve pahalı bir yöntemdir. Bundan yola çıkarak geliştirilen yöntemlerden en sık kullanılanı Beden Kütle İndeksi (BKİ) ölçümüdür. Bu ölçümün uygulanması oldukça kolay ve pratiktir. Bu yöntemi uygulamak için bireyin vücut ağırlığını ve boy uzunluğunu bilmek yeterlidir. Beden kütle indeksi, vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesi ile bulunmaktadır. (BKİ = kg/m^2). Bulunan sonuç BKİ sınıflandırılmasına bakılarak yorumlanır.

BKİ sınıflandırılması şu şekildedir (WHO);

Çizelge 1. BKİ Sınıflandırması

BKİ Değerleri (kg/m^2)	Değerlendirme
<16.0	Ağır Düzeyde Zayıflık
16.0-16.9	Orta Düzeyde Zayıflık
17.0-18.4	Hafif Düzeyde Zayıflık
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif Şişman
30.0-34.9	I. Derece Şişman
35.0-39.9	II. Derece Şişman
≥ 40.0	III. Derece Şişman

Obezite tanısının koyulabilmesi için kullanılan diğer bir yöntem Bel/kalça oranının hesaplanması yöntemidir. Bel çevresi ölçümü (cm) / Kalça çevresi ölçümü (cm) olarak hesaplanır.

Bel çevresi sınıflandırması şu şekildedir (WHO,1995);

Çizelge 2. Bel Çevresi Sınıflandırması

Cinsiyet	Risk	Yüksek Risk
Erkek	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Kadın	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Bel/kalça oranının risk içermemesi için kadınlarda 0.8, erkeklerde 1.0' ın üstüne çıkmaması gerekir. Bu değerlerin üstüne çıkması obezite gelişebileceğini göstermektedir.

1. Obezite Türleri

Obezite türlerinin belirlenmesinde hangi genleri içerdiği önemli rol oynamaktadır. Alt tiplerin belirlenmesinde çevresel faktörler, sağlıksız atıştırma alışkanlıklarının tüketimi, fiziksel egzersiz aktivitesi, diyet türü gibi birçok faktör rol oynamaktadır. 1998-2017 yıllarında büyük iki veri tabanında yapılan kapsamlı çalışmalar en yaygın obezite alt tiplerini listelemiştir. Bu obezite türleri (Andrade G. M., ve ark., 2020);

I. Metabolik obez, metabolik olarak sağlıksız obez, metabolik olarak anormal obez,

II. Metabolik olarak sağlıklı obez,

III. Metabolik olarak sağlıksız normal kilolu, metabolik olarak anormal, normal kilolu obez;

IV. Sarkopenik obez ve

V. Metabolik olarak sağlıklı normal kilolu obez olarak sınıflandırılmıştır.

a. Metabolik Olarak Sağlıklı Obez

Bu alt tipte metabolik olarak normal obezler ve metabolik olarak sorunsuz olan obezler incelenmektedir. Obezitenin bu alt grubu obezlerin %6 ila %40'ını içermektedir (Muñoz-Garach A ve ark., 2016). Bu obezite alt tipinde değerlendirilen bireylerin HOMA değeri, C-reaktif protein, interlökin 6 (IL-6), insülin seviyeleri ve insülin direnci endeksleri sağlıklı, normal vücut ağırlığına sahip bir popülasyonla büyük benzerlik göstermektedir (Andrade G. M., ve ark., 2020). Bu bireylerde leptin seviyelerinde genellikle artış görülmektedir. Normal vücut ağırlığına sahip bireylerle kıyaslandıklarında metabolik sendrom geliştirme riskleri daha yüksektir (Ferrer R. ve ark., 2015).

b. Metabolik Soruna Sahip Obez

Bu alt tipte sınıflandırılmış obez bireylerin önemli bir kısmında metabolik sendrom, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, yüksek kan basıncı, artmış bel/kalça çevresi oranları görülmektedir (Andrade G. M., ve ark., 2020). Çevresel faktörler ve fazla karbonhidrat tüketimi ile farklı genotip etkileşimlerinin obezite riskini arttırabileceği bulunmuştur (Huang T. ve ark., 2015).

c. Metabolik Olarak Normal Obez

Bu obezite alt tipi obezite öncesi bireyler olarak tanımlanmaktadır. Normal BKİ'ye sahip, görsel olarak obezite belirtisi göstermeyen, metabolik olarak anormal bireyler bu alt tipe dahil edilmiştir. Bu bireylerde sık sık tuvalete gitme alışkanlığı, prediyabet ve sınırda dislipidemi gelişmesi beklenebilir. ABD'de yapılan çalışmada normal vücut ağırlığına sahip yetişkinlerin %24'ü metabolik olarak anormal kabul edilmektedir. Metabolik olarak normal obez kategorisinde incelenen bireylerde kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diyabet geliştirme riski diğer obezite tiplerine sahip bireyler ile kıyaslandığında daha yüksektir (Tyrovolas S. ve ark., 2016).

d. Sarkopenik Obez

Bu obezite alt tipi yağsız kütlede azalma ile tanımlanır. Sigara kullanımı, ateroskleroz, yaş artışı, fiziksel aktivitede düşüş ile ortaya çıkmaktadır. Sarkopenik obezite prevalansı Meksika, İspanya ve Güney Afrika'da daha yüksektir (Kim, J.-H. ve ark., 2015).

2. Obezite Prevelansı

Obezite prevalansı son yıllarda küresel sağlık sorunu haline gelmiştir. Obezite prevalansı, 1980'lerden başlayarak günümüze kadar incelendiğinde oranın artış göstererek iki katı seviyelere ulaştığı görülmüştür. Obezite oranlarının yükselerek devam etmesi halinde 2030 yılına kadar %57 seviyelerine kadar ulaşması beklenmektedir (Kelly T. ve ark., 2008). 1980-2015 yılları arasında obezite oranı kadınlarda %8,9'dan %14,8'e, erkeklerde ise %5'ten %10,1'e artış göstermiştir. Düşük gelirli ülkelerde; genelde gelir düzeyi yüksek, orta yaşlı yetişkinlerde (çoğunlukla kadın) obezite oranları daha yüksektir. Yüksek gelirli ülkelerde obezite her yaş grubunu ve her iki cinsiyetten bireyleri etkilemektedir. Genellikle obezite oranları eşit sosyodemografik düzeylerde kadınlarda erkeklerden daha yüksektir (Chooi Y. C. ve ark., 2018). 2023 yılında 20.430 metabolik olarak sağlıklı obezitesi olan bireyler ile yapılan çalışmada metabolik olarak sağlıklı obezite prevalansının 1999-2000 yılları arasında %3,2'den 2015-2018 yıllarında %6,6'ya yükseldiği görülmüştür (Wang J. ve ark., 2018). 2023 yılında osteosarkopenik obeziteye (osteoporoz ve sarkopeniyi kapsayan hastalık) (OSO) sahip 23.909 katılımcıyı içeren meta-analiz

çalışmasında OSO prevalansı %8 olarak bulunmuş, yaşça büyük olan bireylerde daha yüksek oranlarda görülmüştür. Kadın bireylerde görülme sıklığı erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Liu Y. ve ark., 2023).

Obezite tüm dünyayı etkisi altına alan önemli bir sağlık sorunudur. 2022 yılında yayınlanan Dünya Obezite Atlası 2030 yılında Türkiye’de obezite prevalansının yetişkinlerde tahmini olarak %42.1, kadınlarda ise %50 seviyelerini göreceğini bildirmiştir. Aynı araştırmaya Avrupa ülkeleri arasında yapılan karşılaştırmada 2030 yılına kadar Türkiye’nin kadınlardaki obezite prevalansının tahmini olarak diğer ülkelere kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Yine Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında ülkemizde erkeklerinde obezite açısından risk altında olduğu ve 2030 yılına kadar obezite prevalansının tahmini olarak %34 olacağını bildirmiştir. Son dönemlerde beslenme alışkanlıklarının değişmesi dünya genelinde çocuk ve adolesanlarıda önemli ölçüde etkilemiştir. 2030 yılına kadar Türkiye’de tahmini olarak 3,6 milyon çocuk ve adolesanın obezite geliştireceği bildirilmiştir. Ülkemizde 2010 ve 2030 yıllarında yetişkinlerde obezite artış oranı %1.9, 2010 ve 2030 yıllarında çocuklarda obezite artış oranı ise %3.8 olarak bildirilmiştir (World Obesity Atlas,2022).

3. Obezite Tedavisi

Obezite, günümüzde prevalansının artış göstermesinden ve günümüzdeki yanlış beslenme alışkanlıklarından dolayı küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Obezite prevalansının düşmesi için uygun diyet tedavileri uygulanmalı ve bu konuya dikkat çekilmelidir.

a. Obezite Tedavisinde Makrobesin Ögeleri

Diyette kullanılan temel makro besin ögeleri karbonhidrat, yağ ve proteindir. Yağlar, doyuruculuğu az olan ve en kolay emilen besin ögesidir. Bundan dolayı zayıflama diyetlerinde kolaylıkla müdahale edilebilir. Düşük yağlı diyetlerin incelendiği meta-analiz çalışmalarında doğru uygulanan düşük yağlı bir zayıflama diyetinin aylık olarak -5,4 kg gibi önemli kilo kayıpları ile sonuçlandığı görülmektedir. Düşük karbonhidratlı diyetlerde ise düşük yağlı diyetlere göre kilo kaybının daha fazla olduğu görülmüştür. Fakat bu kilo kaybının büyük bir kısmı glikojen depolarının boşalması ve su kaybı ile ilişkilendirilmekte, bundan sonra kilo kaybı yavaşlamaktadır. Proteinler ise en

doyurucu olan besin ögeleridir. Doyurucu olduğu için zayıflama diyetlerinde genellikle yüksek proteinli diyetler kullanılmaktadır (Ruban, A. ve ark., 2019).

b. Enerji Kısıtlaması

Zayıflama diyetlerinde enerji açığı oluşturmak için diyetin enerji içeriğini düşürmek gerekmektedir. Kalori açığı düşük ve çok düşük kalorili diyetler olarak incelenmektedir. Bu diyetler kalori alımını 800 kcal/gün-1600 kcal/ gün ile sınırlandırmaktadır (Ruban, A. ve ark., 2019). Yapılan çalışmalar çok düşük kalorili diyetlerin, kalori açığı düşük diyet modeli ile karşılaştırıldığında kilo vermede daha az etkin rolde olduğunu göstermektedir.

c. Beslenme Tarzı

Akdeniz diyeti sürdürülebilir beslenme modeli olduğu için başta obezite olmak üzere birçok hastalığın tedavisi için kullanılan bir diyet modelidir. Bu diyetin temelinde çoğunlukla meyveler, sebzeler, tahıllar yer almaktadır. Et yerine balık ve tavuk tüketimi yer almaktadır. Akdeniz diyeti diğer diyet türlerine göre daha az kısıtlayıcıdır. Kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (Huo R. ve ark., 2015).

d. Bariatrik Cerrahi

Bariatrik cerrahi yöntemi, genellikle tüm tedavi yöntemleri denendikten sonra uygulanan cerrahi bir tedavi yöntemidir. Bariatrik cerrahi mide balonu, tüp mide ameliyatı (gastrik sleeve), gastrik bypass, biliopankreatik diversiyon (BPD) gibi işlemleri içerir (Haywood C. ve Sumithran, P., 2019). Yapılan en büyük obezite çalışmalarından biri olan İsveç Obezite Çalışması Cerrahi tedavi yöntemini uygulayan hastaların kilo kaybının daha fazla olduğunu bildirmiştir. Cerrahi işlemlerin obezite ile ilişkili hastalıklarda önemli iyileşmeler gösterdiği bildirilmiştir. Bariatrik cerrahinin uzun vadeli sonuçları oldukça olumludur (Ruban, A. ve ark., 2019).

e. Mide Balonu

Mide Balonu 1985’li yıllardan beri obeziteye karşı kullanılan bir tedavi yöntemidir. Genellikle mideye yerleştirilen içi sıvı ile doldurulan silikon bir balondur. 6 ay süre ile midede kalır. Bariatrik cerrahi tercih etmeyen bireyler için uygulanır (Fernandes M. ve ark., 2007).

B. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, anormal yeme davranışları ile ortaya çıkan ciddi psikiyatrik sorunlardandır. Vücut şekli, vücut ağırlığı, yemek yeme ile alakalı rahatsız edici davranışlar yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Yeme bozukluğuna sahip bireylerde ortaya çıkan kaygılar cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir. Erkeklerde vücut imajı kaygısını kas görünümü oluştururken, kadınlarda bu kaygı kilo verme üzerine olmaktadır. Yeme bozuklukları fiziksel sağlık ile psiko-sosyal işlevselliği de olumsuz etkilemektedir (Treasure J.ve ark., 2020). Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırması (ICD) sınıflandırmalarında yer alan birçok yeme bozukluğu türü bulunmaktadır. Yeme bozuklukları sınıflandırılırken kullanılan en yaygın sınıflandırma DSM sınıflandırılmasıdır. Yeme bozuklukları ilk olarak 1980 yılında DSM-III ile ortaya çıkmış ve 2013 yılında revize edilerek DSM-5 olarak sınıflandırılmaya başlanmıştır (Galmiche M.ve ark., 2019). 6 ana yeme bozukluğu bulunmaktadır ve bunlar DSM-5 kriterleri içinde incelenmektedir. Bu bozukluklar (WHO,2019);

- Anoreksiya Nervoza,
- Bulumiya Nervoza,
- Tıkınırcasına Yeme Bozuklukları,
- Pika,
- Ruminasyon sendromu ve
- Kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğudur.

1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervoza, yetersiz beslenme, açlık hali ve bunlara eşlik eden psikiyatrik durumlar ile birlikte önemli ölüm riski taşıyan psikiyatrik bir bozukluktur. Bu hastalıkta diğer ruh sağlığı bozukluklarına kıyasla bozulmuş fiziksel sağlık görülmektedir. Hastalığın temelinde kilo alma korkusu bulunur fakat bireyler genellikle bu durumu inkâr eder. Vücut ağırlığı ve şekline fazlasıyla odaklanıldığı için yemekler üzerinde tam bir kontrol sağlanmaya çalışılır. Genellikle erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Anoreksiya Nervoza

genellikle obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete ve majör depresyon eşlik etmektedir. Anoreksiya Nervosa hastalarının intihar oranları normal bireylere göre 18 kat yüksektir (Mitchell J. E. ve Peterson, C.B., 2020). Anoreksiya nervozanın iki alt tipi bulunmaktadır. Bunlar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

- Kısıtlayıcı tür: Bireylerin son 3 ay içinde kusma veya tıkanırcasına yeme durumunun olmadığı anoreksiya nervoza alt tipidir. Aşırı spor yapma, aşırı kısıtlayıcı diyet yapma ve neredeyse hiç yemek yememe durumu ile ortaya çıkar.
- Tıkanırcasına yeme/kusma türü: Bireylerin son 3 ay içerisinde tıkanırcasına yeme ve kusma durumlarının olduğu alt türdür.

Son zamanlarda görülme sıklığı hem erkekler hem kadınlar için artış göstermektedir. Hastalığın ortalama süresi ise 6 yıl olarak belirtilmiştir. Tüm ruhsal hastalıkların arasında ölüm oranı en yüksek olan ruhsal bozukluktur (Cost J. ve ark., 2023). Ölüm oranları %5'lere kadar çıkmaktadır. Fakat yapılan çalışmaların çoğu bu ölümlerin %20'sinin intihardan kaynaklandığını göstermektedir (Arcelus J., 2011). Anoreksiya Nervosa BKİ'ye göre 4 grupta incelenir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

- Ağır olmayan Anoreksiya Nervosa : $BKİ \geq 17.0 \text{ kg/m}^2$
- Orta Derecede Anoreksiya Nervosa: $BKİ = 16.0-16.9 \text{ kg/m}^2$
- Ağır Anoreksiya Nervosa: $BKİ = 15.0 -15.9 \text{ kg/m}^2$
- Aşırı Düzeyde Anoreksiya Nervosa: $BKİ = < 15.0 \text{ kg/m}^2$

Tedavi sonrasında Anoreksiya nervozanın nüks etme olasılığının %9 ila %52 arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Aynı zamanda Anoreksiya nervoza yüksek mortalite ile ilişkilidir ve mortalite 10 yıl içinde %5,6 seviyelerine yaklaşmıştır (Mitchell J. E. ve Peterson, C.B., 2020).

2. Bulumiya Nervosa

Bulumiya Nervosa, kontrolsüz ve hızlı besin tüketimi ile alınan fazla kalorigen kurtulmak için kusma, müşil kullanımı, diüretik ilaçların yanlış kullanımı ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Bulumiya nervoza genellikle uzun açlık dönemiyle başlar ve bu durum tıkinma atakları ile sonuçlanır. Tıkanırcasına

tüketilen yiyecekler genellikle kalorisi yüksek, yumuşak, kaygan ve tatlı yiyeceklerdir. Bu besinler genellikle çiğnemediği yutulur ve daha sonrasında kişi pişmanlık hisseder (Aydın M., 2022).

Bulumiya nervozada da diğer yeme bozuklukları kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla daha yüksektir. Görülme yaşı daha çok 12-40 yaşlar arasında değişkenlik göstermektedir (Aydın M., 2022).

Bulumiya Nervozası 4 farklı grupta incelenmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

- Ağır Olmayan Bulumiya Nervozası: Haftada ortalama 1-3 kez uygunsuz davranışta bulunulması
- Orta Derecede Bulumiya Nervozası: Haftada ortalama 4-7 kez uygunsuz davranışta bulunulması
- Ağır Bulumiya Nervozası: Haftada ortalama 8-13 kez uygunsuz davranışta bulunulması
- Aşırı Düzeyde Bulumiya Nervozası: Haftada ortalama ≥ 14 kez uygunsuz davranışta bulunulması

Bulumiya Nervozada duygudurum bozukluklarının yaygınlığı Anoreksiya Nervozası'daki oranlara benzerdir. Bir çalışmada Bulumiya Nervozaya sahip bireylerin %60'ında anksiyete, %50'sinde ise duygudurum bozuklukları görülmektedir. Yapılan çalışmalar Bulumiya Nervozası ile dikkat eksikliği arasında önemli pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir (Herpertz-Dahlmann B.,2014).

3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, üç ay boyunca devam etme koşulu ile iştahta kontrol kaybı ve aşırı yeme atakları ile karakterize bir yeme bozukluğu çeşididir. Bulumiya Nervozadan farkı kusma, yetersiz beslenme ve normalden fazla egzersiz gibi uygun olmayan davranışlar yoktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Diyetle aşırı enerji alımı ile obezite arasında güçlü pozitif bir ilişkinin olduğu bilinmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu yaşam kalitesini düşürmektedir. Bununla birlikte hipertansiyon, tip 2 diyabet, stres, depresyon, anksiyete gibi hastalıkların artış göstermesine neden olmaktadır (Hebebrand J. ve Herpertz-Dahlmann B., 2019). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda yeme atakları

sınıflandırılırken süresine göre sınıflandırma yapılır. Bu sınıflandırmaya göre (DSM-5 Child Mental Disorder Classification, 2022);

- Hafif Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Haftada 1-3 gün tıkınırcasına yeme
- Orta Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Haftada 4-7 gün tıkınırcasına yeme
- Şiddetli Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Haftada 8-13 gün tıkınırcasına yeme
- Aşırı Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Haftada ≥ 14 gün tıkınırcasına yeme

Tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip bireylerin ailelerinde obezite öyküsü olduğu ve bu kişilerde genellikle çocukluk çağı obezite sorununun olduğu görülmüştür (Agüera, Z. ve ark., 2020). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kadınlarda erkeklere göre daha yaygındır. 2012 yılında 1383 yeme bozukluğu olan kadın hastanın obezite prevalansı %28,8 olarak bulunurken, tıkınırcasına yeme bozukluğunda bu oranın %87 seviyelerine kadar çıktığı bulunmuştur (Villarejo C. ve ark., 2012). 2022 yılında yapılan bir çalışmada yeme bozukluklarının görülme oranları karşılaştırılmıştır. Bulumiya nervoza hariç diğer yeme bozukluklarına kıyasla tıkınırcasına yeme bozukluğunun prevalansının daha yüksek olduğu bulunmuştur (di Giacomo E ve ark., 2022).

4. Gece Yeme Sendromu

Gece yeme sendromu, gece yutmaları ve akşam hiperfajisi (akşam yemeğinden sonra günlük toplam kalori miktarının %25'ini tüketmek) ile karakterize ve gece uyanmalarında besin tüketme atakları belirli olmayan bir yeme bozukluğu türüdür. Semptomları arasında sabah saatlerinde anoreksisi, uykusuzluk ve akşam ruh halinde bozukluklar olarak sıralanmaktadır. Prevalansı son on yıl içerisinde artış göstermektedir. Gece yeme sendromu ile ilgili yapılan çalışmalar genel nüfusun %1.5'ine gece yeme sendromu tanısı konmuştur. İstenmeyen kilo alımı, anksiyete, depresif semptomlar, artan obezite riski ve kötü uyku kalitesi gece yeme sendromu olan bireylerde genellikle rastlanılan şikayetlerdir (Allison K. C. ve ark., 2010). 2023 yılında yapılan bir çalışmada, bireyler gece yemek yiyenler ile birlikte akşam hiperfajisi olanlar, gece yemek yiyenler ve yalnızca akşam hiperfajisi olan bireyler olarak üç gruba ayrılmıştır. Tüm katılımcılara tıkınırcasına yeme, gece yeme ve gıda bağımlılığına ilişkin

anketler yapılmıştır. Sonuç olarak; hem gece yeme bağımlılığı hem akşam hiperfajisi olan bireylerin diğer gruplara kıyasla daha yüksek tıknırcasına yeme ve besin bağımlılığı gösterdiğini bildirmiştir (Echeverri B. ve ark.,2023).

5. Pika

Pika, besleyici olmayan maddelerin alışkanlık haline getirilerek yenmesi olarak tanımlanan bir yeme bozukluğudur. Pika hastaları tarafından yutulan maddeler değişkenlik göstermektedir. Yetişkinlerde bu durumda en çok kil-toprak, nişasta ve buzdur. Pika, genellikle hamilelik ile örtüşen bir bozukluktur (Schnitzler E., 2022). Pika fiziksel olarak gastrointestinal kanalın tıkanması veya delinmesi gibi sorunlara neden olabilir. Pikada semptomların bir aydan uzun süredir devam etmesi ve hastaların 2 yaşından büyük olması gerekmektedir. Pika prevelansının zihinsel engelli bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda hamilelerde pika prevelansının yüksek olduğu gruptadır (Clark B., 2010). Adolesanlarda ve yetişkinlerde pika prevelansı %1,3 olarak bulunmuştur (Hartmann A.S. ve ark., 2022).

6. Ruminasyon Bozukluğu

Ruminasyon bozukluğu daha önce tüketilen gıdaların tekrarlayan şekilde geri çıkarılması ile karakterize bir hastalıktır. Ruminasyona mide bulantısı veya kusma eşlik etmez. Tanının koyulabilmesi için belirtilerin en az bir ay boyunca devam etmesi ve bir yıl boyunca tekrar ortaya çıkması gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Ruminasyon bozukluğunda fiziksel sağlık yetersiz beslenme nedeniyle etkilenmektedir. Çalışmalar obezitesi olan yetişkin bireylerde rumuniasyon gözükme sıklığının arttığını göstermektedir. 2018'de gençler arasında yapılan bir çalışmada ruminasyon bozukluğu görülme oranı %11,9, tekrarlayan ruminasyon bozukluğu görülme sıklığının %1,5 oranlarında olduğu bulunmuştur (Hartmann A.S. ve ark., 2022). Farklı yaş gruplarında ruminasyon bozukluğuna ek olarak gastrointestinal bozukluklar, kilo kaybı, mide ağrıları, kusma görülebilmektedir.

7. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, vücut ağırlığı ve vücut şekli endişesi taşımaksızın besin tüketiminin kısıtlanması ile ortaya çıkan yeme

bozukluğudur. Bu yeme bozukluğu psikososyal işlevlerde bozukluk, fazla kilo kaybı, oral beslenme takviyesi veya enteral beslenmeye bağıllık ve beslenme yetersizliği gibi semptomlardan en az biri ile sonuçlanmaktadır (Karadere E. M., Hocaoglu Ç., 2018). Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu her yaştan bireyde görülebilecek bir yeme bozukluğudur. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğuna sahip bireylerin genellikle genç olma eğiliminde olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bu hastalığa erkeklerin daha çok yakalandığı, tedaviye başvurmadan önce daha uzun bir hastalık süresinin olduğu görülmüştür. Anoreksiya ve Bulumiya Nervoza hastalarına kıyasla bu hastalarda duygu-durum bozuklukları daha az, anksiyete daha fazla görülmektedir (Brigham K. S. ve ark., 2017). 2017 yılında 15 yaş üzeri erkek ve kadınlar arasında yapılan bir çalışmaya göre 3 aylık Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu prevalansı %0,3 olarak bulunmuştur (Hay P. ve ark., 2017).

8. Ortoreksiya Nervoza

Ortoreksiya Nervoza, 1997 yılında ilk olarak Bratman tarafından ortaya atılmıştır. Henüz DSM sınıflandırmasının içinde yer almasada son dönemlerde prevalansı artış göstermektedir. Ortoreksiya Nervoza, sağlıklı beslenme saplantısı olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalığa sahip bireyler, gıda aromaları, gıda katkı maddeleri, böcek ilaçları, renk katkı maddeleri, aşırı yağ, şeker, tuz, genetiği ile oynanmış besinleri beslenmelerinden çıkarmaktadır (Niedzielski A., ve Kazmierczak-Wojtaś N., 2021). Ortoreksiya nervozaya sahip bireyler genellikle kilo almaktan korkmazlar. Davranışlar obsesif kompulsif bozukluğa benzerlik göstermektedir. Sağlıklı bir beslenme programı ile herşeyin mükemmel ilerleyeceğini düşünmektedirler (Kalra S., Kapoor N., Jacob J., 2020).

C. Yeme Bozuklukları Prevalansı

Yeme bozuklukları cinsiyet, yaş, etnik köken farketmeksizin bütün bireyleri etkileyebilecek ciddi psikiyatrik sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Yeme bozukluklarına adolsensanlar ve genç yetişkinlerde genellikle daha sık rastlanabilmektedir. Anoreksiya nervoza özellikle genç yaşlarda başlayan bir yeme bozukluğudur. Son yapılan çalışmalar anoreksiya nervozada başlangıç yaşının düştüğünü göstermektedir (Steinhausen H.C., Jensen CM., 2015). Yeme

bozukluklarının görülme oranları son 10 yıl içinde anoreksiya nervoza için sabit, bulumiya nervoza için azalmış veya sabit kalmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve diğer yeme bozuklukları için bu oran artış göstermeye devam etmektedir (Smink F. R., 2016). Küresel oranlar incelendiğinde yeme bozukluklarının insidansının %25 oranında arttığı görülmektedir. Ancak insidans artmasına rağmen yeme bozukluğuna sahip bireylerin yalnızca %20'sinin tedavi için başvurduğu bilinmektedir. Yeme bozukluklarının tedavi süreleri yetişkinler için anoreksiya nervozada 9-29 ay, bulumiya nervozada 0-53 ay ve tıkınırcasına yeme bozukluklarında 8-43 ay olarak belirtilmiştir. Genç ve çocuklar için ise bu sürenin daha kısa olduğu bulunmuştur (Treasure J. ve ark., 2020). 2018 yılında 7-14 yaş arasındaki çocuklarda yapılan bir çalışmada pika yeme bozukluğunun tekrarlama oranı %4-98 iken ruminasyon bozukluğu için bu oran %1-49 olarak belirlenmiştir (Hartmann A. S. ve ark., 2018).

D. Yeme Bozuklukları Tedavisi

Genel olarak tüm yeme bozuklukları için tanımlanan tedavi yöntemi psikodavranış terapisi'dir. Yeme bozukluklarında beslenme büyük önem taşımaktadır. Yeme bozuklukları tedavisinde psikolog ve diyetisyenin eş zamanlı olarak hareket etmesi tedavinin süreci için büyük önem taşımaktadır. Bu eş zamanlı çalışma hastaneye yatışları azaltabilmektedir ve daha az maliyetlidir. Daha ilerlemiş vakalarda bu ekip doktor, hemşire, diyetisyen ve psikiyatristten oluşmaktadır (Hay P. J. ve ark., 2019).

1. Psikolojik Terapi Tedavisi

Yeme bozuklukları tedavi edilirken bazı özleştirilmiş psikolojik terapi yöntemleri birinci basamak olarak kullanılmaktadır. Bu psikolojik tedaviler anoreksiya nervoza için genellikle 40 seansta, bulumiya nervoza için ise 20 seansta verilmektedir. Çocukluk dönemindeki yeme bozukluklarında uygulanan ilk tedavi yöntemi ise teorik aile temelli tedavidir. Tüm terapiler psiko-eğitim sağlamaktadır. Genellikle uzman bir diyetisyenin seanslarının yanı sıra kilo takibi, beslenme danışmanlığı ve yemek planlaması ile kişinin fiziksel sağlığının düzeltilmesi amaçlanır. Bunlar yöntemler 8 ay veya daha uzun süreli ayakta tedavi için geliştirilen yöntemlerdendir (Hay P., 2020).

2. Farmakolojik Tedavi

Anoreksiya nervoza için psikolojik tedavi, farmakolojik tedaviye kıyasla daha iyi sonuçlar vermektedir. Anoreksiya nervozalı bireyler için 16 haftalık olanzapinin (ortalama doz 7,77 mg/gün) tedavisinin kilo alımı üzerinde orta düzeyde olumlu etki sağladığı bulunmuştur (Attia E. ve ark., 2019) .

E. Depresyon

Depresyon yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, psikososyal işlevselliği önemli ölçüde sınırlandıran ciddi ve yaygın bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında yaptığı çalışma ile depresyonun 2030 yılına kadar ilk sırada yer alacağını öngörmektedir. Hastalığın seyrinin değişken olması, tedaviye verilen yanıtların farklı olması sebebiyle teşhisi ve tedavi yöntemi zor bir hastalıktır (Malhi G. S., Mann, J. J., 2018). Genel semptomları genellikle mutsuz hissetme, özgüven eksikliği, hayattan keyif alamama ve enerjisizlik olarak belirtilmiştir. Depresyon hastalarının intihar etme riski oldukça yüksektir. Bu durum depresyona bağlı ölümlerin prevalansının artış göstermesine neden olmaktadır. Depresyona bağlı ölümlerin oranı %15 olarak belirtilmiştir (Kris-Etherton P. M. ve ark., 2020).

Depresyon genellikle kademeli olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyon hastalarının birçoğunda hastalığın seyri dönemsel olup, genellikle akut depresif dönemlerin dışında kendilerini iyi hissederler. Depresyon yaşam boyunca kendini tekrar edebilecek bir hastalıktır.

F. Depresyon Prevalansı

Depresyonun 12 aylık prevalansı incelenmiş ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte genel olarak %6 olarak bildirilmiştir. Depresyon yaygın bir hastalıktır ve her 5 kişiden biri yaşamının herhangi bir döneminde depresyona yakalanmaktadır. Çalışmalar depresyonun prevalansını düşük gelirli ülkeler, orta gelirli ülkeler ve yüksek gelirli ülkeler arasında karşılaştırmış fakat gelir düzeyi ile ilişkili olmadığını bulmuştur. Ülkeler arasındaki oran birbirine oldukça yakındır. Yapılan farklı çalışmalar depresyon görülme riskinin kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık 2 kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Depresyona sahip

bireylerin yaklaşık olarak %40'ının 20'li yaşlardan önce depresyon atağı geçirdiği bulunmuştur. Her iki cinsiyet içinde depresyonun en sık görüldüğü yaşlar 20-30 iken 50-60 yaşlar arasında görülme sıklığı daha düşük seviyelerdedir (Malhi G. S., Mann, J. J., 2018).

G. Depresyon Tedavisi

Araştırmalar depresyon tedavisi için genellikle psikoterapötik ve psikofarmakolojik yöntemlerin kombinasyonlarına odaklanmaktadır.

1. Psikoterapi ve Depresyon

Depresyonu olan bireyler için uygulanan en yaygın terapi yöntemi bilişsel davranışçı tedavi yöntemidir. Bilişsel davranışçı terapi yöntemi anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı gibi klinik durumlara bağlı olarak gelişen davranışsal sıkıntı ve bozuklukları ele almak için duygu, düşünce ve davranışlara odaklanmaktadır (Greenberg J. ve ark., 2012). Depresyona giren bireyler daha önce yaptığı etkinlik ve aktivitelere ilgisini kaybetmektedir. Bu tedavinin stratejisi kişinin daha önce severek yaptığı etkinlik ve sosyal aktivitelere yeniden katılabilmesini ve keyif alabilmesini sağlamaktır (Rupke S.J., Blecke D., Renfrow M., 2006). Bu tedavi yönteminde depresyona sahip bireylere düşünce kayıt formu verilerek düşünce ve duyguların tanımlanması istenir. Tanımlanan yanlış duygu ve düşünceler tespit edilerek tedavi uygulanmaya başlanır (Greenberg J. ve ark., 2012).

Depresyona sahip bireyler için kullanılan farklı bir psikoterapi yöntemi ise Kabul ve Kararlılık terapisi yöntemidir. Bilişsel davranışçı terapi yönteminden farkı sıkıntıyı azaltmaya çalışmamasıdır. Bu tedavi yöntemi bireylerin kendileri için değerli olan şeyleri belirlemesi ve bu değerlere uygun nasıl yaşaması gerektiğinin belirlenmesine yardımcı olur. Kabul ve Kararlılık terapisi uygulanan bireylerde depresyon hafifleme eğilimindedir ve amaç depresyonu azaltmak değil, hayata verilen değer ve anlamı arttırmaktır (Greenberg J. ve ark., 2012).

Farklı bir tedavi yöntemi olan Kişilerarası Psikoterapi yönteminde depresyon bir hastalık olarak tanımlanır. Bu tedavi yönteminin amacı kişiler arasındaki iletişim becerilerin geliştirilmesidir (Greenberg J. ve ark., 2012).

2. Psikofarmakolojik Tedavi ve Depresyon

Depresyon tedavisinde psikofarmakolojik ajanlar sıklıkla kullanılmaktadır.

Depresyonun tedavisi için kullanılan ilk ilaç grubu Monoamin oksidaz inhibitörleridir ve bu ilaç grubu çalışmaların yapıldığı ilk ilaç grubudur. Monoaminler serotonin, epinefrin ve noroepinefrin gibi ruh sağlığını etkileyen nörotransmitterler ile ilişkilendirilmektedir. Bu ilaç grubunun beyinde monoamin parçalamasını engellediği bulunmuştur. Yan etkileri çok güçlü olduğundan bu ilaç grubu depresyon tedavisinde artık son basamaklarsa kullanılmaktadır (Greenberg J. ve ark., 2012).

Amitriptilin, imipramin ve paroksetin gibi trisiklik gibi antidepresanlar ilk olarak 1950'li yıllarda keşfedilmiştir. Bu antidepresanların noroepinefrin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin geri alımını etkilediği, buna bağlı olarak nörotransmitterlerin konsantrasyonunu arttırarak ruh halinde iyileşmeleri ve depresif semptomların azalmasını sağlayacağı ile ilişkilendirilmiştir. Yan etkileri fazla olduğundan kullanımı azalmıştır (Weilburg J.B., 2004).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri depresyonun tıbbi tedavisi için sıklıkla kullanılan farmakolojik tedavi yöntemlerindedir.

Genel olarak, serotonin geri alım inhibitörlerinin ve serotonin norepinefrin geri alım inhibitörlerinin tedavide daha düşük yan etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Bu tedavi yöntemi uygulamalarında özellikle adolesanlar arasında intihar riskinde artış gözlemlenmiştir. Yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemlerindedir (Stahl S.M. ve ark., 2005).

Çalışmalar psikoterapi yöntemi ile birlikte antidepresan kullanımının bir arada olmasının daha olumlu sonuçlar ile ilişkilendirilebileceğini bulmuştur (56).

III. YEME BOZUKLUĞU VE DEPRESYON

Yeme bozukluğu ve depresyon çoğu zaman birbirine eşlik etmektedir. Yeme bozukluğu skoru daha yüksek olan bireyler genellikle düşük benlik saygısına sahiptir ve beden imajlarından memnun olmadığını bildirmektedir. Yeme bozukluğu semptomları aynı zamanda kişilerarası iletişim problemi ve iddialı olmama gibi durumlarla da ilişkilendirilmektedir (Romero-Mesa J., 2020). Yeme bozuklukları, başta depresyon olmak üzere birçok ruhsal hastalık ile yüksek oranda komorbiditeye sahiptir. Amerikan Psikiyatri Birliği Yeme bozukluğuna sahip bireylerin depresyon oranlarının %50 ila %70 arasında değiştiğini bildirmiştir. Yeme bozukluğu ile birlikte ortaya çıkan depresyonun daha kötü yeme bozukluğu sonuçlarında yol açtığı gözlemlenmiştir. 1987-1991 yılları arasında 246 yeme bozukluğuna sahip kadın çalışmaya alınmış ve çalışma 12 yıl izlenmiştir. Her 6-12 ayda bir yeme bozuklukları takip edilmiştir. Çalışma başında 100 katılımcı depresyona sahip iken çalışma sırasında 45 bireyde daha depresyon geliştiği saptanmıştır. Çalışma sonucunda yeme bozukluğuna sahip bireylerde depresyonun seyrinin uzun olduğu bulunmuştur. Yeme bozukluğu türüne göre depresyonun iyileşmesi değişiklik gösterebilmektedir. Bu süreçte kullanılan antidepresanlar ise depresyonun iyileşme olasılığını etkilememiş veya nüksetmeye karşı koruma sağlamamıştır (Mischoulon D. ve ark., 2011).

Anoreksiya nervoza, ruhsal hastalıkların arasında en fazla ölüm oranına sahip yeme bozukluğudur. Anoreksiya nervoza etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılamayan yeme bozukluklarındanndır. Ancak genellikle genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimin karmaşıklılığından ortaya çıkabilmektedir (Fuglset T. S., 2021). Toplum temelli yapılan çalışmalarda, anoreksiya nervozaya sahip kadınların %50-%75'inde yaşam boyu depresyon görüldüğu bildirilmiştir. Anoreksiya nervozada görülen depresyon genellikle antidepresana dirençlidir (Panero M. ve ark., 2021). 2017 yılında 8746 Çinli adolesan arasında anoreksiya nervoza ve depresyon ilişkisi araştırılmıştır. Anoreksiya nervozanın daha şiddetli görüldüğu bireylerde intihar oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Depresyon ve anoreksiya nervoza arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve depresyon durumuna ve derecesine göre anoreksiya nervozanın etkilerinin değiştiği bildirilmiştir (Lian, Q. ve ark., 2017).

Bulumiya nervoza, hızlı besin tüketimi ve kontrolsüz tıknırcasına yeme atakları ile karakterize, vücuda alınan fazla kaloriden kurtulmak için kusma, müshil kullanımı, diüretik ilaçların yanlış kullanımı ile ortaya çıkan bir yeme bozukluğudur. Yapılan alışmalar bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası psikoterapi yöntemleri ile kısa ve uzun vadede bulumiya nervoza semptomlarını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Bulumiya nervozaya sahip bireylerin birçoğunda depresyon belirtileri görülebilmektedir. Son alışmalar bulumiya nervozaya sahip bireylerin %60'ının yaşam boyu depresif bozukluk kriterlerini karşıladığını göstermektedir. Depresif semptomların varlığının bulumiya nervoza tedavisini olumsuz etkilediği ve nüks etme oranını arttığığı görülmektedir. Bulumiya nervoza tedavisi için öncelikli hedef depresif semptomların azaltılması olmalıdır (Linardon J. ve ark., 2017). 2022 yılında 193 bulumiya nervozalı kadında yapılan çalışmada depresyon, beden memnuniyetsizliği ve düşük benlik saygısı ile ilgili form doldurtulmuştur. Yapılan bu çalışmanın sonucunda depresyonun düşük benlik saygısını ve beden memnuniyetsizliğini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Jones H. ve ark., 2022).

En yaygın yeme bozukluklarından biri olan tıknırcasına yeme bozukluğu, tekrarlayan, kısa süreli, psikolojik olarak sıkıntılı tıknırcasına yeme atakları ile karakterizedir. Tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip bireyler kontrol eksikliği hisseder ve kısa sürede normal insanların tketebileceğinden çok daha fazla besin tüketirler. Tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip bireyler genellikle obez bireylerde daha sıklıkla görülmektedir. 2022 yılında obezitesi olan 39 birey ile yapılan bir çalışmada depresyon düzeyleri ve tıknırcasına yeme leğine bakılmıştır. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin, aynı bozukluğa sahip olmayan bireylere kıyasla depresif semptomlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (do Rosrio Caldas N. ve ark., 2022). 2020 yılında beden kütle indeksi ≥ 35 üstü olan %95'inde tıknırcasına yeme bozukluğu tespit edilen, 278 bireyi içeren bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucu incelendiğinde tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip bireylerin bilişsel faktörlerinde artış görülmüştür. Yeme ve kilo kaygısı depresif belirtilere sebep olurken, yeme

kaygısının ise benlik saygısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Özdin S. ve ark., 2020). Smith ve arkadaşları tarafından 2020 yılında bariatrik cerrahi operasyonu geçirmek isteyen 345 yetişkin bireyde yapılan çalışmada depresyon ve tıknırcasına yeme bozukluğu düzeylerine bakılmıştır. Ameliyat öncesi depresif semptom bildiren hastaların tıknırcasına yeme şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Özellikle atipik depresyona sahip bireylerin tıknırcasına yeme şiddeti skorları daha yüksek bulunmuştur. Fakat bariatrik cerrahiden 18 ay sonrası ile ilgili kilo kaybı öngörülememiştir (Smith C.E. ve ark., 2020).

Pika, bireylerin farklı türdeki, besleyici olmayan besin olarak tanımladığı maddelerin ısrarla yutulması ile karakterize yeme bozukluğudur. Özellikle hamilelik döneminde sıklıkla rastlanan bir yeme bozukluğu türüdür. Ezzeddin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada postpartum depresyon ve gebelikte pika ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 152 kadın depresif semptomlar gösterirken, 148 kadın depresif semptomlar göstermektedir. Çalışma sonucunda pika ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Gebelikte oluşan pikanın postpartum depresyon için risk faktörü olmadığı, doğum sonrasında ve gebelik sırasında oluşabilecek demir takviyesi gibi risk faktörlerinin ise pika ve postpartum depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Ezzeddin N. ve ark., 2015).

Ruminasyon bozukluğu, tüketilen gıdaların tekrarlayan şekilde geri çıkarılması ile ortaya çıkmaktadır. Ruminasyon, duygu durum bozuklukları ve depresyon ile yakından ilişkilendirilmektedir. 2071 hastayı içeren bir meta-analiz incelemesi ruminasyonun depresif ve bipolar bozukluklar için önemli bir süreç olduğunu göstermektedir (Kovács L. N. ve ark., 2020). Li ve arkadaşları tarafından yapılan farklı bir meta-analiz çalışmasına 1138 hasta dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda farkındalık temelli müdahalelerin depresyona sahip hastalarda ruminasyonu azaltabildiğini, depresyonu önemli ölçülerde azaltabileceğini ve depresyon hastalarının aksiyetesini azaltabileceği bulunmuştur (Li P. ve ark., 2022).

Kısıtlayıcı yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon semptomları ile komorbid olup, daha kötü tedavi sonuçları ve daha yüksek mortalite oranları açısından risk altına sokmaktadır. Lin ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan bir çalışmada dahil edilen kısıtlayıcı yeme bozukluğu olan 145

katılımcının 2/3'ünde ≥ 1 yıldır kısıtlayıcı yeme bozukluğu semptomları görülmekteydi. 1/3'ü ise daha önce kısıtlayıcı yeme bozuklukları tedavisi almıştı. Ayrıca bu bireylerin yarısı antidepressan kullanmaktaydı. Çalışma sonucunda uzun süreli yeme bozukluğu tanısı olan bireylerin depresif semptomlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lin J. A. ve ark., 2021).

Ortoreksiya nervoza sağlıklı beslenme takıntısı ile karakterize yeme bozukluğudur. Ortoreksiya nervoza prevelansı son zamanlarda artan bir yeme bozukluğudur ve bu konu ile ilgili henüz yeterli çalışma bulunmamaktadır. Awad ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan çalışmaya 519 Lübnanlı yetişkin katılmıştır. Çalışmanın sonucu incelendiğinde depresyon ve anksiyete ile ortoreksiya nervoza arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Daha yüksek anksiyete düzeyleri ortoreksiya nervoza riskini tetiklemektedir (Awad E. ve ark., 2021).

Yapılan çalışmalar depresyon ve yeme bozuklukları arasında çift yönlü bir ilişki olduğu bulmuştur. Yeme bozukluklarının depresyona yol açabileceği gibi, depresyon ve depresif semptomlarında yeme bozukluklarının gelişmesine neden olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğu ile depresyon ilişkisi tüm yeme bozukluğu al tipleri ile ilişkili görülmektedir. Son dönemlerde prevelansı artmakta olan ortoreksiya nervoza ile ilgili yeterli çalışma olmasa da şimdiye kadar yapılan çalışmalar ortoreksiya nervoza ve depresyon ilişkisinde anlamlı olduğu görülmektedir.

IV. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırma evreni ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ile veri toplama araçlarının uygulanması ve elde edilen verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntem ve teknikler açıklanmıştır.

A. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırmanın amacı zayıflama diyeti uygulanan bireylerde depresyon düzeyleri ile yeme tutumları arasında bir ilişki olup olmadığını ve varsa nasıl bir ilişki olduğunu incelemek amacı ile yürütülmüştür. Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır.

B. Araştırmanın Hipotezleri

H0: Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon düzeyleri ile yeme tutumları arasında bir ilişki yoktur.

H1: Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon düzeyleri ile yeme tutumları arasında bir ilişki vardır.

C. Araştırmanın Alt Problemleri

1: Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin cinsiyeti ile Depresyon, Yeme Tutum düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

2: Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yaşı ile Depresyon ve Yeme Tutum düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

3: Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin eğitim durumu ile Depresyon ve Yeme Tutum düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

D. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil edilme kriterleri; Őiřli’de bulunan özel bir Beslenme ve Danışmanlık Merkezine başvuran 18-65 yaş aralığında, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, kadın ve erkek bireyler dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri; 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük, gebe ve emzikli kadınlar, tedaviye bağlı antidepresan kullanan bireyler çalışmadan hariç tutulmuştur.

E. Araştırmanın Varsayımları

Bu çalışmada çalışmaya katılan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin samimiyetle cevap verdikleri, gönüllü olarak katılım gösterdikleri kabul edilmiştir.

F. Evren ve rneklem

Bu araştırma, Mart 2023 - Ağustos 2023 tarihleri arasında, özel bir beslenme ve diyet kliniğine gelen 100 erkek ve 400 kadın ile gerçekleştirmiştir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, beslenme ve diyet kliniğine başvuran kadın-erkek sayısı göz önünde bulundurulmuştur. Çalışma, küme tipi rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

G. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Beck Depresyon lği, Yeme Tutum Testi kullanılmıştır.

1. Beck Depresyon lği

Beck Depresyon lği, Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen, depresyon düzeyini belirlemede sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Beck Depresyon lği, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin Őiddetini, düzeyini değişimini ölçmek amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (Gören E., 2021). Cronbach alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon lğindeki her madde son bir hafta içinde depresyona özgü gerçekleşen

davranışsal örüntüyü belirlemektedir. Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır ve sorular bireyin depresyon düzeyini değerlendirme ile ilgilidir. Ölçek puanlamasında toplam puan 0-63 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu öçekte 17 ve 17'nin üzerinde puan alan bireylerin 'depresyon belirtisi var' olarak kabul edilmiştir. Araştırmada, 0-9 depresyon yok, 10-16 hafif derece, 17-29 orta derece, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir (Uğurlu, 2017).

2. Yeme Tutum Testi Ölçeği

Yeme Tutum Testi (YTT) bireylerin yeme tutum ve davranışlarının belirlenebilmesi için Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilen 40 sorudan oluşan bir ölçektir. 1982 yılında Garner ve arkadaşları tarafından tekrar revize edilerek 26 soruluk farklı bi formu geliştirilmiştir. Yeme tutumu ölçeği öncelikle 40 maddeli olup daha sonra Garner ve ark. tarafından 26 maddelik kısa formu geliştirilmiştir ve kullanılmaya başlanmıştır. YTT-26 Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yeme Tutum Testi Ölçeği, üç basamaktan oluşan bir ölçektir. YTT-26 için kesme değer puanı 20 olarak belirlenmiştir. Yeme Tutum Testinden alınan puan 20 ve +20 puan olduğunda yeme tutumunda bozulma olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan puan artış gösterdikçe yeme tutum bozukluğuna sahip olma olasılığı daha yüksek hale gelmektedir. YTT-26'nın; diyet yapma davranışı, bulimik davranış ve oral kontrol davranış olmak üzere 3 tane alt skoru bulunmaktadır.

H. Güvenirlilik Analizi ile İlgili Bulgular

1. İç Tutarlılık Bulguları

Bu bölümünde; veri toplama aracı olarak tercih edilen Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testi anketlerinin güvenilirliğini ölçmek amacı ile iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Bu analiz çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçların güvenilirliğini göstermektedir. Cronbach's Alpha değerlerinin kriterleri aşağıdaki gibidir;

Çizelge 3. Güvenilirlik Analizi Bulguları

Ölçekler	Cronbach's Alpha
Beck Depresyon Ölçeği	.861
Yeme Tutum Testi	.837
Diyet yapma davranışı	.828
Bulimik davranış	.802
Oral kontrol davranış	.743

Araştırmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0.861'dir. Yeme Tutum Testi Cronbach's Alpha değeri 0.837, alt boyut Diyet yapma davranışı Cronbach's Alpha değeri 0.828, alt boyut Bulimik davranış 0.802 ve alt boyut Oral kontrol davranış 0.743'tür. α değeri,

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise Güvenilir değil

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise Düşük güvenilirlikte

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise Oldukça güvenilir

$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise Yüksek güvenilirdir. (Özdamar, 1999).

Bu değerler ölçeklerin güvenilir olduğunu ve analizde kullanılmasında bir engelin olmadığını göstermektedir (Özdamar, 1999). Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testi, Diyet Yapma Davranışı, Bulumik Davranış yüksek güvenilir, Oral Kontrol Davranış oldukça güvenilirdir.

İ. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler için IBM SPSS (statistical package for social sciences) 25.0 programı kullanılmıştır.

Araştırmada değişkenlere ait standart sapma ve ortalama gibi istatistiksel ölçütlerden yararlanılmıştır. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon düzeyleri ile yeme tutumları arasında bir ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Ulaşılan sonuçlarda istatistiki anlamlılık $p < 0,05$ seviyesine göre değerlendirilmiştir.

İlk olarak Depresyon, Yeme Tutum Testi ve Beck Depresyon Ölçeğinin normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir (Çizelge 4).

Çizelge 4. Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Scales	N	Çarpıklık	Basıklık
Beck Depresyon Ölçeği	500	-,165	-,903
Yeme Tutum Testi	500	,142	-1,174
Diyet yapma davranışı	500	,099	-1,094
Bulimik davranış	500	-,018	-,808
Oral kontrol davranış	500	-,436	-,396

Tabachnick ve Fidell (2013) çalışmasında, çarpıklıkla basıklık değerlerinin +1,5 ve -1,5 değerlerinin arasında olduğunda normal dağılımın sağlandığını kabul etmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Yapılan bütün analizlerin sonucuna bakıldığında çalışmamızdaki çarpıklık ve basıklık değerleri +1,5 ve- 1,5 arasında çıkmış, değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Çalışmamızda bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim ve beden kütle indeksi değişkenlerin grup puanlarının farklılaşma durumu incelenirken normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında “bağımsız örneklem t testi”, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında “ANOVA” ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanılmıştır.

Parametrik testlerin kullanılmasında gruplar arasındaki farkı belirlemek için Post Hoc testi yapılmıştır. Gruplar arasında oluşan farkların anlamlı olduğu boyutlarda, anlamlı farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için TUKEY HSD testi uygulanmış ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

J. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışma için İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alınan 2023/23 sayılı 06.03.2023 tarihli “Etik Kurul Onayı” (Ek-2) ve “Gönüllü Onam Formu” ektedir (Ek-3).

V.BULGULAR

Bu bölümde bireylere uygulanan Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Tesi anketlerine verilen cevaplar doğrultusunda analiz sonuçları sunulmuş ve bulgular yorumlanmıştır.

A. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Sosyo-Demografik Sorulara Yönelik Verdiği Cevapların Dağılımı

Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin sosyo-demografik sorulara yönelik verdiği cevaplara yönelik frekans bilgileri analiz edilerek aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur.

Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin cinsiyet sıklığına yönelik verdiği cevaplardan oluşan frekans ve yüzde bilgileri ile Çizelge 5'te sunulmuştur.

Çizelge 5. Zayıflama Diyeti Uygulanan Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Cinsiyete Göre Dağılımları N=500

	Kişisel Özellikler	N	%
Cinsiyet	Kadın	400	80,0
	Erkek	100	20,0

Çizelge 5'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin 400'ü (%80,0) kadın ve 100'ü (%20,0) erkek olarak dağılmaktadır.

Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yaşlarına yönelik verdiği cevaplardan oluşan yüzde bilgileri ile Çizelge 6'da sunulmuştur.

Çizelge 6. Zayıflama Diyeti Uygulanan Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Yaşa Göre Dağılımları N=500

	Kişisel Özellikler	N	%
Yaş	18-25	142	28,4
	26-30	169	33,8
	31-35	57	11,4
	36-40	61	12,2
	41+	71	14,2

Çizelge 6'ya göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yaş değişkenine göre 142'si (%28,4) 18-25 yaş, 169'u (%33,8) 26-30 yaş, 57'si (%11,4) 31-35 yaş, 61'i (%12,2) 36-40, 71'i (%14,2) 41+ yaş olarak dağılmaktadır.

Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin eğitim durumuna yönelik verdiği cevaplardan oluşan birey sayısı ve yüzde bilgileri ile Çizelge 7'de sunulmuştur.

Çizelge 7. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Eğitim Durumuna Yönelik Verdiği Cevapların Dağılımı N=500

	Kişisel Özellikler	N	%
Eğitim Durumu	Lise altı	29	5,8
	Lise	148	29,6
	Lisans	288	57,6
	Lisansüstü	35	7,0

Çizelge 7'ye göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin 29 kişisi (%5,8) lise altı, 148'i (%29,6) lise 288'i (%57,6) lisans mezunu ve 35'i (%7,0) lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. İlkokul ve ortaokul mezunu bireylerin sayısı az olduğundan bu bireyler lise altı kategorisinde değerlendirilmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin BKİ durumuna yönelik frekans ve yüzde bilgileri ile Çizelge 8'de sunulmuştur.

Çizelge 8. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin BKİ Durumuna Yönelik Dağılımı N=500

	Kişisel Özellikler	N	%
BKİ	Zayıf	16	3,2
	Normal	225	45,0
	Kilolu	192	38,4
	Obez	67	13,4
BKİ (Min/Maks) (Ort-Ss)	16,53/41,62	25,46-4,21	
Boy (Min/Maks) (Ort-Ss)	143,00/198,00	166,00-10,67	
Vücut Ağırlığı (Min/Maks) (Ort-Ss)	42,60/123,00	70,21-13,48	

Çizelge 8'e göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin 16'sı (%3,2) zayıf, 225'i (%45,0) normal ağırlıkta 192'si (%38,4) kilolu ve 67'si (%13,4) obez olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin BKİ ortalamasının 25.46 kg/m² olduğu, boy ortalamasının 166 cm olduğu ve ağırlık ortalamasının ise 70,21 kg olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin BKİ ortalamasının 25.46 kg/m² olduğu, boy ortalamasının 166,00 cm olduğu ve vücut ağırlığı ortalamasının ise 70,21 kg olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan kadın bireylerin 12 kişisi (%3,0) zayıf, 180'i (%45,0) normal kiloda 152'si (%38,0) kilolu ve 56'sı (%14,0) obez olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan kadın bireylerin BKİ ortalamasının 25.51 kg/m² olduğu, boy ortalamasının 165,50 cm olduğu ve vücut ağırlığı ortalamasının ise 69,96 kg olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan erkek bireylerin 4 kişisi (%4,0) zayıf, 45'i (%45,0) normal kiloda 40'ı (%40,0) kilolu ve 11'i (%11,0) obez olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan erkek bireylerin BKİ ortalamasının 25.25 kg/m² olduğu, boy ortalamasının 168,0 cm olduğu ve vücut ağırlığı ortalamasının ise 71,18 kg olduğu belirlenmiştir.

B. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları

Araştırmanın değişkenlerini Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testi oluşturmaktadır.

Çalışmanın bu kısmında, değişkenlerle ilgili bütün tanımlayıcı istatistikler Çizelge 9'da sunulmuştur.

Çizelge 9. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları

Scales	N	Min	Maks	\bar{X}	SS
Beck Depresyon Ölçeği	500	,00	54,00	24,41	12,25
Yeme Tutum Testi	500	35,00	112,00	71,20	19,14
Diyet yapma davranışı	500	10,00	53,00	31,50	9,91
Bulimik davranış	500	4,00	24,00	14,17	5,33
Oral kontrol davranış	500	7,00	40,00	25,53	6,79

Çalışmaya katılan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yeme tutum davranışlarına verdiği minimum puanlar incelendiğinde Yeme Tutum Testinin 21 kesme değer puanının üzerinde olduğu ve bireylerin tümünde yeme bozukluğu davranışları görüldüğü tespit edilmiştir (min=35,00,maks=112,00).

Çalışmaya dahil olan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ifadelerine verdikleri yanıtların toplam ortalaması ($\bar{X}=24,41$) olarak tespit edilmiştir. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon düzeylerinin orta derecede olduğu tespit edilmiştir (Uğurlu, 2017).

Yeme Tutum Testi yanıtların toplam ortalaması ($\bar{X}=71,20$), Diyet yapma davranışı yanıtların toplam ortalaması ($\bar{X}=31,50$), Bulimik davranış yanıtların toplam ortalaması ($\bar{X}=14,17$), Oral kontrol davranış yanıtların toplam ortalaması ($\bar{X}=25,53$) olarak tespit edilmiştir.

C. Ölçeklere Yönelik Bulgular

Çalışmanın bu kısmında araştırma grubunu teşkil eden zayıflama diyeti uygulanan bireylerin cinsiyet durumu, yaş ve eğitim durumu dağılımlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinden elde edilen ortalama puanlar arasındaki farklılaşmalar ele alınmıştır.

1. Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testinin Cinsiyet Değişkeni Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Çizelge 10'da Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testinin genel ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşmasını gösteren bağımsız örneklem grubu t testi sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 10. Cinsiyet Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İncelenmesine İlişkin t-Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	t	p
Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	400	23,32	12,46	-4,060	,000
	Erkek	100	28,79	10,31		
Yeme Tutum Testi	Kadın	400	72,88	19,29	3,962	,000
	Erkek	100	64,52	17,03		
Diyet yapma davranışı	Kadın	400	32,26	10,08	3,447	,001
	Erkek	100	28,48	8,61		
Bulimik davranış	Kadın	400	14,53	5,34	2,969	,003
	Erkek	100	12,77	5,05		
Oral kontrol davranış	Kadın	400	26,09	6,57	3,762	,000
	Erkek	100	23,27	7,24		

Yukarıda verilen Çizelge 10'a göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin cinsiyet kategorik değişkeni ile Beck Depresyon (t:-4,060, p<0.05), Yeme Tutum Testi (t:3,962,p<0.05), Diyet yapma davranışı (t:3,447, p<0.05), Bulimik davranış

($t:2,969$, $p<0.05$), Oral kontrol davranış ($t:3,762$, $p<0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

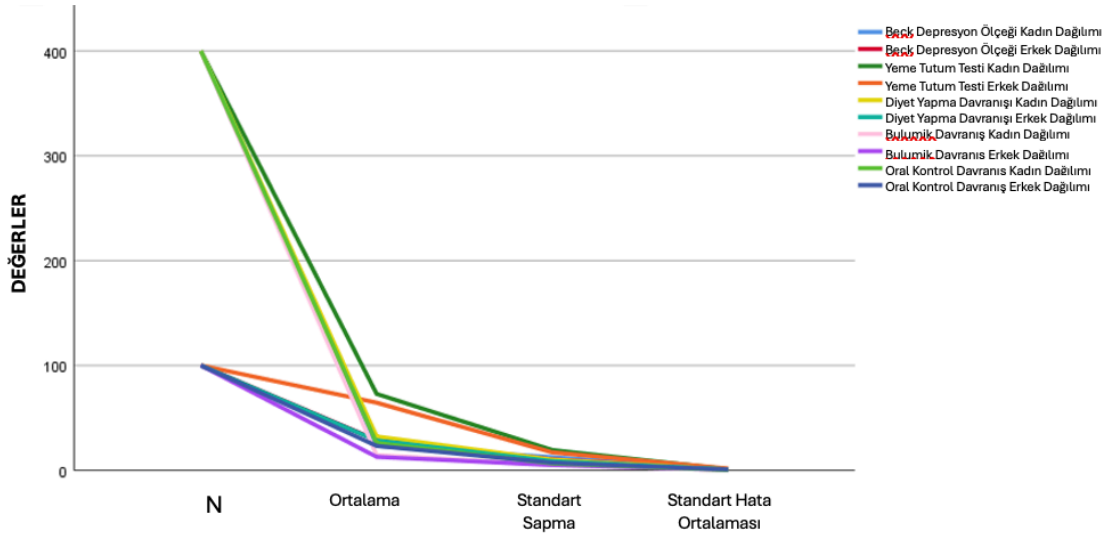
Zayıflama diyeti uygulanan erkeklerin depresyon ortalamalarının ($\bar{X}=28,79$) zayıflama diyeti uygulanan kadınların depresyon ortalamalarından ($\bar{X}=23,32$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan kadınların Yeme Tutum ortalamalarının ($\bar{X}=72,88$) zayıflama diyeti uygulanan erkeklerin Yeme Tutum ortalamalarından ($\bar{X}=64,52$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan kadınların Diyet yapma davranışı ortalamalarının ($\bar{X}=32,26$) zayıflama diyeti uygulanan erkeklerin Diyet yapma davranışı ortalamalarından ($\bar{X}=28,48$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan kadınların Bulimik davranış ortalamalarının ($\bar{X}=14,53$) zayıflama diyeti uygulanan erkeklerin Bulimik davranış ortalamalarından ($\bar{X}=12,77$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Zayıflama diyeti uygulanan kadınların Oral kontrol davranış ortalamalarının ($\bar{X}=26,09$) zayıflama diyeti uygulanan erkeklerin Oral kontrol davranış ortalamalarından ($\bar{X}=23,27$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Şekil 1. Cinsiyet Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İlişkisi

2. Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin Yaş Değişkeni Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Çizelge 11’de Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testinin genel ortalamalarının yaşa göre farklılaşmasını gösteren ANOVA sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 11. Yaş Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları

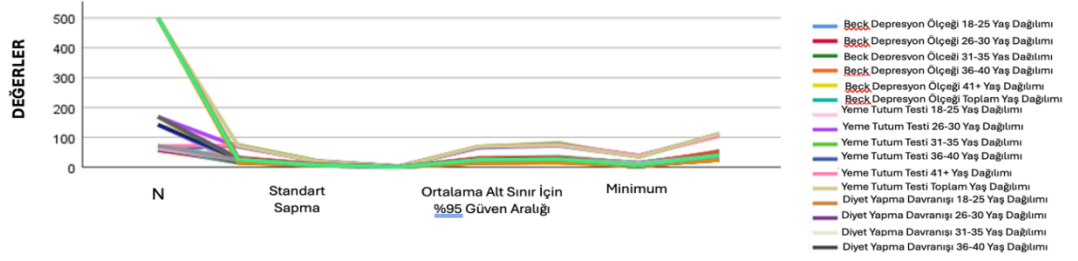
Değişkenler	Yaş	N	\bar{X}	Ss	F	p	
Beck Depresyon Ölçeği	18-25	142	23,62	11,91	1,987	,095	
	26-30	169	25,51	12,15			
	31-35	57	20,84	13,42			
	36-40	61	24,82	12,34			
	41+	71	25,87	11,75			
Yeme Tutum Testi	18-25	142	72,61	19,12	1,878	,113	
	26-30	169	68,21	19,18			
	31-35	57	74,82	20,85			
	36-40	61	70,93	19,01			
	41+	71	72,83	17,17			
Diyet yapma davranışı	18-25	142	32,30	9,97	1,719	,144	
	26-30	169	30,24	9,98			
	31-35	57	33,44	10,80			
	36-40	61	30,49	9,36			
	41+	71	32,24	9,13			
Bulimik davranış	18-25(1)	142	14,16	5,32	2,793	,026	
	26-30(2)	169	13,20	5,43			5>2
	31-35(3)	57	14,89	5,45			
	36-40(4)	61	15,21	5,16			
	41+(5)	71	15,06	4,87			
Oral kontrol davranış	18-25	142	26,15	6,96	1,139	,337	
	26-30	169	24,78	6,80			
	31-35	57	26,49	6,86			
	36-40	61	25,23	6,86			
	41+	71	25,54	6,29			

*Grup farkı

Yukarıda verilen Çizelge 11’e göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yaş kategorik değişkeni ile Beck Depresyon ($p>0.05$), Yeme Tutum Testi ($p>0.05$), Diyet yapma davranışı ($p>0.05$), Oral kontrol davranış ($p>0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir

Bulimik davranış ($F:2,793$, $p<0.05$) ortalama puanları ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkı oluşturan gruplara bakıldığında; zayıflama diyeti uygulanan 41 yaş ve

üzeri bireylerin Bulimik davranış ortalamalarının ($\bar{X}=15,06$) zayıflama diyeti uygulanan 26-30 yaş bireylerin Bulimik davranış ortalamalarından ($\bar{X}=13,20$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Şekil 2. Yaş Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İlişkisi

3. Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin Eğitim Değişkeni Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Çizelge 12’de Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testinin genel ortalamalarının eğitime göre farklılaşmasını gösteren ANOVA sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 12. Eğitim Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Eğitim	N	\bar{X}	Ss	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Lise altı(1)	29	22,41	13,06	3,833	,010
	Lise(2)	148	26,64	13,22		
	Lisans(3)	288	23,09	11,74		
	Lisansüstü(4)	35	27,54	9,63		
Yeme Tutum Testi	Lise altı	29	72,34	20,63	6,004	,001
	Lise	148	69,67	19,34		
	Lisans	288	73,30	18,56		
	Lisansüstü	35	59,54	17,70		
Diyet yapma davranışı	Lise altı	29	32,38	10,11	4,073	,007
	Lise	148	31,05	9,70		
	Lisans	288	32,28	9,83		
	Lisansüstü	35	26,29	10,04		
Bulimik davranış	Lise altı	29	15,03	5,12	1,179	,317
	Lise	148	13,61	5,44		
	Lisans	288	14,44	5,40		
	Lisansüstü	35	13,63	4,25		
Oral kontrol davranış	Lise altı	29	24,93	7,73	12,190	,000
	Lise	148	25,01	7,04		
	Lisans	288	26,57	6,15		
	Lisansüstü	35	19,63	6,94		

*Grup farkı

Yukarıda verilen Çizelge 12'ye göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin eğitim kategorik değişkeni ile Beck Depresyon (F:3,833, $p<0.05$), Yeme Tutum Testi (F:6,004, $p<0.05$), Diyet yapma davranışı (F:4,073, $p<0.05$), Oral kontrol davranış (F:12,190, $p<0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenirken Bulimik davranış ($p>0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkı oluşturan gruplara bakıldığında; zayıflama diyeti uygulanan lise mezunu bireylerin depresyon ortalamalarının ($\bar{X}=26,64$) zayıflama diyeti uygulanan lisans mezunu bireylerin depresyon ortalamalarından ($\bar{X}=23,09$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

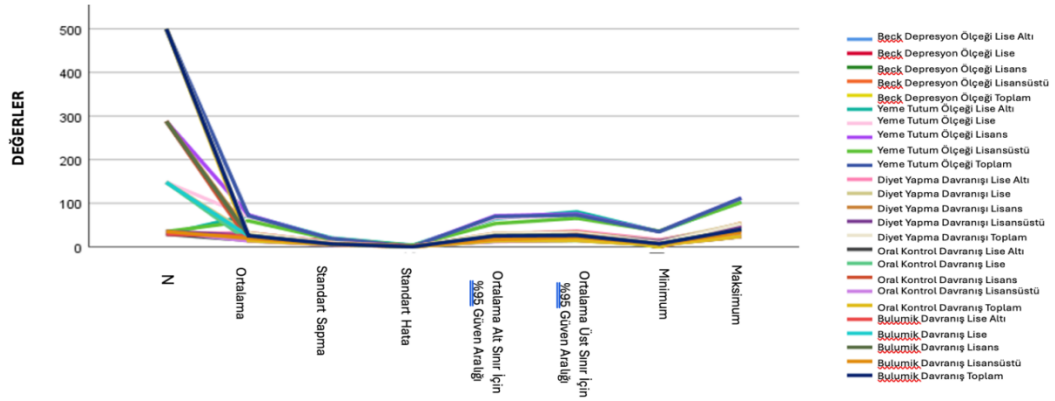
Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkı oluşturan gruplara bakıldığında; zayıflama diyeti uygulanan lisans mezunu bireylerin Yeme Tutum ortalamalarının ($\bar{X}=73,30$) zayıflama diyeti uygulanan lise altı mezunu bireylerin Yeme Tutum ortalamalarından ($\bar{X}=72,34$), zayıflama diyeti uygulanan lise mezunu bireylerin Yeme Tutum ortalamalarından ($\bar{X}=69,67$) ve zayıflama diyeti uygulanan lisansüstü altı mezunu bireylerin Yeme Tutum ortalamalarından ($\bar{X}=59,54$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkı oluşturan gruplara bakıldığında; zayıflama diyeti uygulanan lisans mezunu bireylerin Diyet yapma davranışı ortalamalarının ($\bar{X}=32,28$) zayıflama diyeti uygulanan lisansüstü mezunu bireylerin Diyet yapma davranışı ortalamalarından ($\bar{X}=26,29$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkı oluşturan gruplara bakıldığında; zayıflama diyeti uygulanan kadınların Oral kontrol davranış ortalamalarının ($\bar{X}=26,09$) zayıflama diyeti uygulanan erkeklerin Oral kontrol davranış ortalamalarından ($\bar{X}=23,27$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkı oluşturan gruplara bakıldığında; zayıflama diyeti uygulanan lisans mezunu bireylerin Oral kontrol davranış ortalamalarının ($\bar{X}=26,57$) zayıflama diyeti uygulanan lise altı mezunu bireylerin Oral kontrol davranış ortalamalarından ($\bar{X}=24,93$), zayıflama diyeti uygulanan lise mezunu bireylerin Oral kontrol davranış ortalamalarından ($\bar{X}=25,01$) ve

zayıflama diyeti uygulanan lisansüstü altı mezunu bireylerin Oral kontrol davranış ortalamalarından ($\bar{X}=19,63$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Şekil 3. Eğitim Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İlişkisi

4. Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin BKİ Değişkeni Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

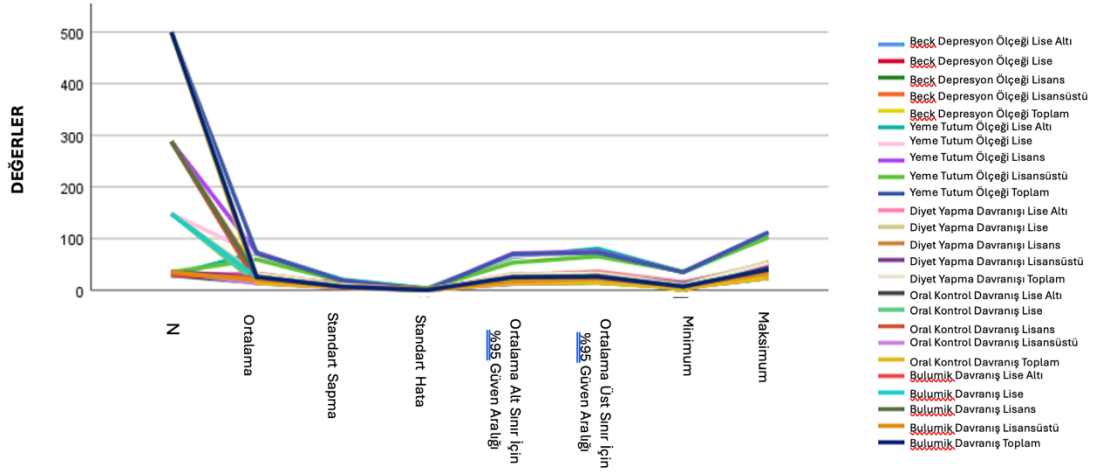
Çizelge 13’de Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testinin genel ortalamalarının BKİ’ye göre farklılaşmasını gösteren ANOVA sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 13. BKİ Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler	BKİ	N	\bar{X}	Ss	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Zayıf	16	25,44	9,16	,587	,624
	Normal	225	23,61	12,69		
	Kilolu	192	24,98	11,96		
	Obez	67	25,21	12,27		
Yeme Tutum Testi	Zayıf	16	68,31	16,81	,970	,407
	Normal	225	69,97	18,98		
	Kilolu	192	71,96	19,90		
	Obez	67	73,88	17,88		
Diyet yapma davranışı	Zayıf	16	29,00	10,88	,802	,493
	Normal	225	31,37	9,49		
	Kilolu	192	31,39	10,45		
	Obez	67	32,90	9,54		
Bulimik davranış	Zayıf	16	12,81	5,48	1,248	,292
	Normal	225	13,80	5,48		
	Kilolu	192	14,63	5,28		
	Obez	67	14,45	4,86		
Oral kontrol davranış	Zayıf	16	26,50	6,50	1,710	,164
	Normal	225	24,80	6,70		
	Kilolu	192	25,94	7,11		
	Obez	67	26,54	6,10		

*Grup farkı

Yukarıda verilen Çizelge 13'e göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin BKİ değişkeni ile Beck Depresyon ($p>0.05$), Yeme Tutum Testi ($p>0.05$), Diyet yapma davranışı ($p>0.05$), Oral kontrol davranış ($p>0.05$) ve Bulimik davranış ($p>0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.



Şekil 4. BKİ Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Tutum Testinin İlişkisi

D. Bireylerin Cinsiyeti ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması İlişkin Bulgular

Çizelge 14'te Beck Depresyon Ölçeği ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşmasını gösteren Ki- kare sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 14. Bireylerin Cinsiyeti ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması

Cinsiyet	Beck Depresyon Ölçeği					Toplam	χ^2	p
	Depresyon belirtisi yok	Hafif Derece	Orta Derece	Şiddetli Derece				
Kadın	N	69 _a	56 _{a, b}	122 _{a, b}	153 _b	400	15,674	,001
	%	93,2%	83,6%	81,9%	72,9%	80,0%		
Erkek	N	5 _a	11 _{a, b}	27 _{a, b}	57 _b	100		
	%	6,8%	16,4%	18,1%	27,1%	20,0%		

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. %: Sütun Yüzdesi Farklı harfler gruplar arası farkı göstermektedir

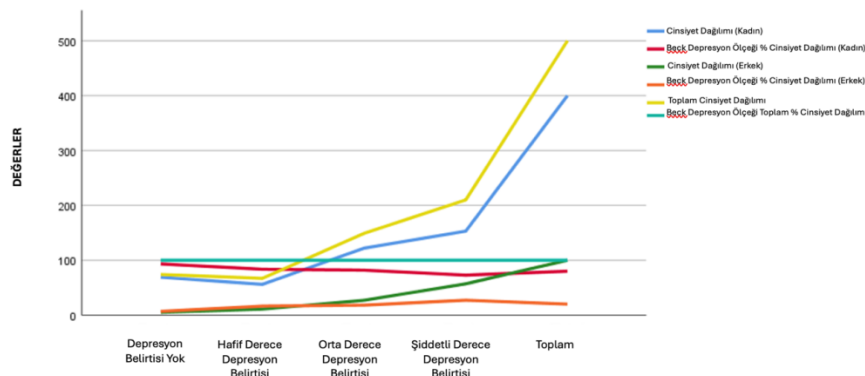
Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=15.674$, $p=0.001<0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Depresyon belirtisi olmayan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %93,2'si kadın iken %6,8'i erkektir.

Hafif derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %83,6'sı kadın iken %16,4'ü erkektir.

Orta derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %81,9'u kadın iken %18,1'i erkektir.

Şiddetli derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %72,9'u kadın iken %27,1'i erkektir.



Şekil 5. Cinsiyet ve Beck Depresyon Ölçeği Karşılaştırması

E. Bireylerin Eğitim Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması İlişkin Bulgular

Çizelge 15'te Beck Depresyon Ölçeği ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılaşmasını gösteren Ki-kare sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 15. Bireylerin Eğitim Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Karşılaştırılması

Eğitim	Beck Depresyon Ölçeği					χ ²	p
	Depresyon belirtisi yok	Hafif Derece	Orta Derece	Şiddetli Derece	Toplam		
Lisealtı	N 6 _a % 8,1%	5 _a 7,5%	7 _a 4,7%	11 _a 5,2%	29 5,8%	18.344	.031
Lise	N 19 _{a, b} % 25,7%	18 _{a, b} 26,9%	33 _b 22,1%	78 _a 37,1%	148 29,6%		
Lisans	N 46 _{a, b} % 62,2%	43 _{a, b} 64,2%	95 _b 63,8%	104 _a 49,5%	288 57,6%		
Lisansüstü	N 3 _a % 4,1%	1 _a 1,5%	14 _a 9,4%	17 _a 8,1%	35 7,0%		

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. %: Sütun Yüzdesi Farklı harfler gruplar arası farkı göstermektedir

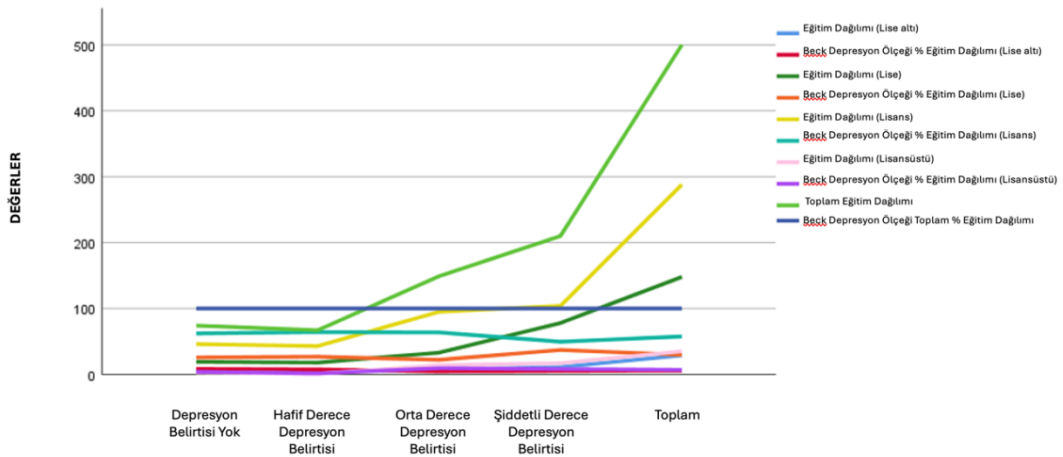
Çizelge 15'e göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=18.344$, $p=0.031<0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Depresyon belirtisi olmayan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %8,1'i lise alt mezunu, %25,7'si lise mezunu, %62,2'si lisans mezunu, %4,1'i lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

Hafif derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %7,5'i lise alt mezunu, %26,9'u lise mezunu, %64,2'si lisans mezunu, %1,5'i lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

Orta derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %4,7'si lise alt mezunu, %22,1'i lise mezunu, %63,8'i lisans mezunu, %9,4'ü lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

Şiddetli derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %5,2'si lise alt mezunu, %37,1'i lise mezunu, %49,5'i lisans mezunu, %8,1'i lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.



Şekil 6. Eğitim Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Karşılaştırılması

F. Bireylerin Yaş Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması İlişkin Bulgular

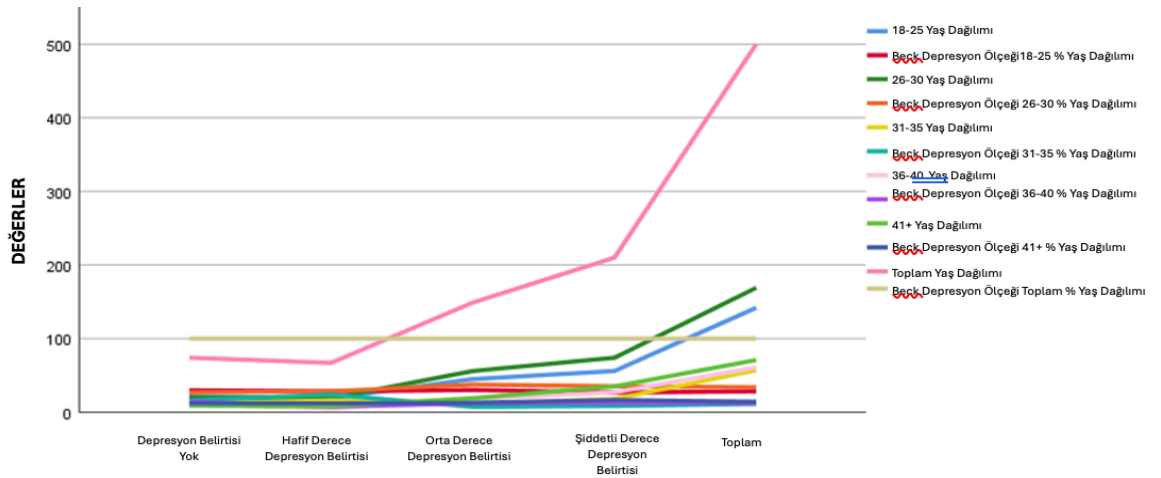
Çizelge 16'da Beck Depresyon Ölçeği ortalamalarının yaş durumuna göre farklılaşmasını gösteren Ki-kare sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 16. Bireylerin Yaş Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması

Yaş	Beck Depresyon Ölçeği					Toplam	χ^2	p
	Depresyon belirtisi yok	Hafif Derece	Orta Derece	Şiddetli Derece				
18-25	N 22 _a % 29,7%	19 _a 28,4%	45 _a 30,2%	56 _a 26,7%	142 28,4%	20.350	.061	
26-30	N 20 _a % 27,0%	19 _a 28,4%	56 _a 37,6%	74 _a 35,2%	169 33,8%			
31-35	N 12 _{a, b} % 16,2%	16 _b 23,9%	11 _a 7,4%	18 _a 8,6%	57 11,4%			
36-40	N 11 _a % 14,9%	5 _a 7,5%	18 _a 12,1%	27 _a 12,9%	61 12,2%			
41+	N 9 _a % 12,2%	8 _a 11,9%	19 _a 12,8%	35 _a 16,7%	71 14,2%			

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. %: Sütun Yüzdesi Farklı harfler gruplar arası farkı göstermektedir

Çizelge 16'ya göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları ile yaş durumu arasında anlamlı bir farkın ($p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir.



Şekil 7. Yaş Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması

G. Bireylerin BKİ Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması İlişkin Bulgular

Çizelge 17'de Beck Depresyon Ölçeği ortalamalarının BKİ durumuna göre farklılaşmasını gösteren Ki-kare sonuçları yer almaktadır.

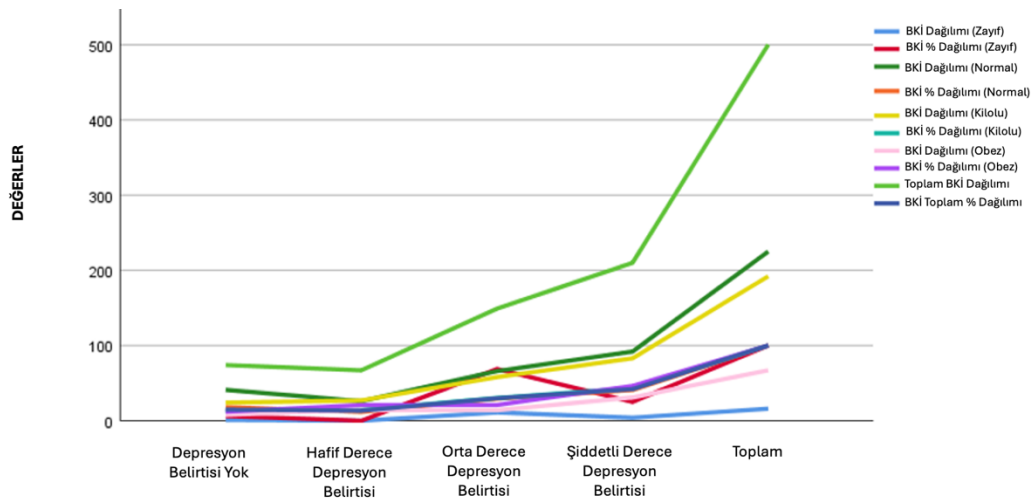
Çizelge 17. Bireylerin BKİ Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması

BKİ	Beck Depresyon Ölçeği					Toplam	χ^2	p
	Depresyon belirtisi yok	Hafif Derece	Orta Derece	Şiddetli Derece				
Zayıf	N 1 _a % 6,3%	0 _a 0,0%	11 _a 68,8%	4 _a 25,0%	16	20.697	.014	
Normal	N 41 _a % 18,2%	26 _a 11,6%	66 _a 29,3%	92 _a 40,9%	225			
Kilolu	N 24 _a % 12,5%	27 _a 14,1%	58 _a 30,2%	83 _a 43,2%	192			
Obez	N 8 _a % 11,9%	14 _a 20,9%	14 _a 20,9%	31 _a 46,3%	67			

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. %: Sütun Yüzdesi Farklı harfler gruplar arası farkı göstermektedir

Çizelge 17'ye göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları ile BKİ durumu arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=20.697$, $p=0.014<0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Zayıf olan ve zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %68.8 oranı ile orta derecede depresyon olduğu, normal ağırlıkta olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %40.9 oranı ile şiddetli derecede depresyon olduğu, kilolu olan ve zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %43,2 oranı ile şiddetli derecede depresyon olduğu, obez olan ve zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %46,3 oranı ile şiddetli derecede depresyon olduğu belirlenmiştir.



Şekil 8. BKİ Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması

H. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Depresyon, Yeme Tutum Testi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Çalışmanın bu kısmında zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon ve Yeme Tutum Testi arasındaki ilişki parametrik test yöntemlerinden “Pearson Korelasyon Analizi” ile incelenmiştir, istatistiki anlamlılık $p < 0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

Çizelge 18. Zayıflama Diyeti Uygulanan Bireylerin Beck Depresyon ve Yeme Tutum Testi Arasındaki İlişki (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi) (N:500)

Değişkenler		1.	2.	3.	4.	5.
1.Beck Depresyon Ölçeği	r_p	1	-,438	-,422	-,357	-,339
	p		,000	,000	,000	,000
2.Yeme Tutum Testi	r_p		1	,929	,808	,827
	p			,000	,000	,000
3.Diyet yapma davranışı	r_p			1	,670	,634
	p				,000	,000
4.Bulimik davranış	r_p				1	,516
	p					,000
5.Oral kontrol davranış	r_p					1
	p					

Çizelge 18’deki Pearson Korelasyon testi sonuçlarına bakıldığında;

- Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Depresyon genel ortalamaları ile Yeme Tutum Testi arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r: -,438, p < 0.05$).
- Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Depresyon genel ortalamaları ile Diyet yapma davranışı arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r: -,422, p < 0.05$)
- Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Depresyon genel ortalamaları ile Bulimik davranış arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r: -,357, p < 0.05$)
- Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Depresyon genel ortalamaları ile Oral kontrol davranış arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r: -,339, p < 0.05$)

VI. TARTIŞMA

Yeme bozuklukları, beden kütle indeksine göre sınıflandırılabilen, anormal yeme davranışları ile karakterize, depresyon ve ani ölümlere yol açabilecek önemli bir sağlık sorunudur (Jeilenk H.F. ve ark., 2018). Yeme bozukluğuna sahip bireylerde çoğunlukla anksiyete, depresyon ve madde bağımlılığı gibi ciddi ruh sağlığı sorunları görülmektedir. Blinder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yeme bozukluğu olan ve yatarak tedavi olan hastaların %95'inin duygudurum bozukluklarına sahip olduğu görülmektedir. Santos ve arkadaşlarının yaptığı farklı bir çalışma ise yeme bozukluklarının ve beden imajındaki memnuniyetsizliğin depresif semptomlarla güçlü bir ilişkisi olduğunu bulmuştur (Dennard E. E. ve Richards C. S., 2013). Yeme tutumundaki bu bozuklukların tespit edilmesi ve hızlı bir şekilde tedavi edilmesi, ruhsal bozuklukların önüne geçebilmek için oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın amacı zayıflama diyeti yapan bireylerin yeme tutumu ve depresyon ilişkisini değerlendirmektir. Çalışmaya 400 kadın (%80) ve 100 erkek (%20) katılım sağlamıştır. Çalışmaya katılan bireylerin 169'u (%33,8) 26-30, 142'si (%28,4), 57'si (%11,4), 71'i (%14,2) 41+ ve 61'i (%12,2) 36-40 yaş aralığındadır. Çalışmamıza katılan bireylerin 288'i (%57,6) lisans, 148'i (%29,6) lise, 35'i (%7,0) lisansüstü ve 29'u (%5,8) mezunudur. Çalışmamızda bireylerin BKİ ortalamasının 25.46 kg/m² olduğu, boy ortalamasının 166,00 cm olduğu ve vücut ağırlığı ortalamasının ise 70,21 kg olduğu belirlenmiştir. Yine çalışmamıza katılan kadınların BKİ ortalamasının 25.51 kg/m², boy ortalamasının 165,50 cm ve vücut ağırlığı ortalamasının 69,96 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılım sağlayan erkeklerin BKİ ortalamasının 25.25 kg/m² olduğu, boy ortalamasının 168,0 cm olduğu ve vücut ağırlığı ortalamasının ise 71,18 kg olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda cinsiyet ile yeme tutum testi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05)(Çizelge 10). Kadınların yeme tutum ortalamalarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada,

bizim çalışmamıza paralel olarak yeme bozukluklarına kadınlarda erkeklere oranla daha sık rastlandığı görülmektedir. Kadınların fiziksel görünümüne daha çok önem vermesi, medya ve sosyal çevrenin oluşturmuş olduğu ideal beden imajı olarak zayıf olmanın görülmesi gibi etkenler kadınlarda yeme bozukluklarının daha fazla görülmesine neden olmaktadır. Yine kadınların premenstüral ve gebelik dönemlerinde oluşan hormonal değişiklikler kalorisi yüksek besinleri yeme isteği oluşturmaktadır. Özellikle premenstüral dönemde olumsuz duygularla baş etme yöntemi olarak kalorisi daha yüksek besinlerin tüketimi tercih edilmektedir. Bu durumlar yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında büyük rol oynamaktadır. Makino ve arkadaşlarının batılı olmayan ve batılı olan toplumlar arasında yaptığı çalışmada kadınların yeme tutum ortalamalarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine çalışmamıza benzer olarak Lindberg ve Hjern'in (2003) yaptığı çalışmada kız öğrencilerin yeme bozukluklarına yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Siyez ve Uz (2009) tarafından yapılan bir çalışma yine çalışmamıza benzer olarak yeme tutumu ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulmuş ve kız öğrencilerin erkeklere oranla yeme tutum ortalamalarının daha fazla olduğunu bulmuştur (Siyez ve Uz, 2009).

Çalışmamıza 18-65 yaş arası bireyler dahil edilmiş ve bireylerin yaşı ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 11). Kadioğlu ve Ergün (2015) tarafından yapılan 18-24 yaşları arasındaki 525 üniversite öğrencisinin dahil olduğu çalışmada yeme bozukluğuna sahip bireylerin %7.1'i 20-21, %10.9'u 20-21, %17.6'sının ise 22-24 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (Kadioğlu M. ve Ergün A.,2015). Akdevelioğlu ve Yörüsün'ün (2019) yaptığı 339 üniversite öğrencisinin dahil edildiği çalışmada yeme bozukluğuna sahip bireylerin %35.7'si 19, %26.4'ü 20-22, %23.7'sinin 23-25 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (Akdevelioğlu Y. ve Yörüsün T. Ö., 2019). Arslantaş - Ertekin yapmış olduğu bir çalışma ülkemizde yeme bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmaların yaş ortalamasının 17.25 yıl olduğunu bildirmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaş ortalamasının bu kadar düşük çıkmasının sebebi, adolesanların yeme bozukluklarına yakalanma riskinin daha yüksek olmasıdır. Keçelinin yapmış olduğu farklı bir çalışmada ise yeme bozukluğuna sahip bireylerin yaş ortalaması 23.02 ± 4.34 yıl olarak belirtilmiştir. Yapılan

birçok çalışma yeme bozukluklarına genç yaştaki bireylerde daha sık rastlandığını göstermektedir. Yeme bozukluklarına adolesanlarda daha sık rastlandığı yapılan çalışmalar kanıtlanırsa da yeme bozukluğu konusunda riskli yaş grubu tam olarak bilinmemektedir (Akdevelioğlu Y. ve Yörüsün T. Ö., 2019). Çalışmamızda zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yaşları ile depresyon ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Çizelge 16). Ancak 26-30 yaş arası bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Okanlı ve arkadaşları (2006) çalışmasında çalışmamıza benzer olarak çalışmalarına dahil olan bireylerin yaşları ve depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir (Okanlı ve ark.,2006). Çalışmamızda Bulumik Davranış ortalamaları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Çizelge 11).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin 288'i (%57,6) lisans mezunudur. Çalışmamıza katılan lisans mezunu bireylerin sayısı lise altı, lise ve lisansüstü mezunu bireylere göre daha fazladır. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin eğitim durumları ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Çizelge 12). Kavakçı'nın (2012) yapmış olduğu çalışmada ise yeme bozukluğu olan ve yeme bozukluğu olmayan bireylerin eğitim durumları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Kavakçı Ö., 2012).

Vücuttaki yağ oranının belirlenmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Vücut yağ oranının ölçülmesi için en basit ve etkili olarak BKİ yöntemini önermektedir. BKİ değerleri 18.5-24.9 kg/m^2 normal, 25.0-29.9 kg/m^2 hafif şişman, $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olması şişmanlık olarak tanımlanmaktadır (WHO,2004). Çalışmamızda BKİ ve yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 13). Çalışmamızda BKİ ortalamasının kadınlarda 25.51 kg/m^2 , erkeklerde 25.25 kg/m^2 olarak belirlenmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada Yeme tutumu ve BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Öztürk ve ark.,2018). Usta ve arkadaşları (2015) yılında yapılan farklı bir çalışmada ise yeme bozukluğuna sahip bireylerin BKİ'lerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (Usta ve ark., 2015). Yine bizim çalışmamızdan farklı olarak Annagür ve arkadaşları yaptığı çalışmada (2012) obez bireylerde yeme bozukluğuna daha sık rastladığını bildirmiştir (Annagür ve ark.,2012). Oğur ve arkadaşları tarafından 2016 yılında üniversite öğrencileri arasında yapılan

farklı bir çalışmada da beden kütle indeksi ile yeme tutumları arasında çalışmamızda da olduğu gibi anlamlı bir fark bulunamamıştır (Oğur S. ve ark., 2016).

Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği ve cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.00<0.05$) (Çizelge 14). Zayıflama diyeti uygulanan erkeklerin depresyon ortalamalarının ($\bar{X}=28,79$) zayıflama diyeti uygulanan kadınların depresyon ortalamalarından ($\bar{X}=23,32$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yapılan birçok çalışmanın aksine erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmaların çoğunluğunda bu durum tam tersi olarak görülebilmektedir. Kadınlara yüklenen sorumluluklar, üzerindeki beklentiler ve hayatta üstlendiği roller kadınları birçok alanda kısıtlamaktadır. Yapılan çalışmalar depresyonun kadınları erkeklerden daha çok etkilediğini ve kadınların erkeklere oranla daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar her dört kadından birinde depresyon görülme riskinin çok yüksek olduğunu bildirmiştir (Kayahan ve ark.,2003). 2008 yılında Özgür ve arkadaşları (2008) tarafından obezite tanısı almış 123 bireyin dahil edildiği çalışmada Beck Depresyon Ölçeği ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Özgür G. ve ark., 2008). Ören ve Gençdoğan (2007) tarafından yapılan çalışmaya 249 öğrenci dahil edilmiş ve Beck Depresyon Ölçeği ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ören N. Ve Gençdoğan, B., 2007). Yine Ki Kare testi yaparak elde ettiğimiz analiz sonuçlarına göre zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=15.674$, $p=0.001<0.05$) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 14). Depresyon belirtisi olmayan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %93,2'si kadın, %6,8'i erkek, hafif derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %83,6'sı kadın, %16,4'ü erkek, orta derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %81,9'u kadın, %18,1'i erkek, şiddetli derecede depresyon belirtisi olan zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %72,9'u kadın iken %27,1'i erkektir. Bu oranların çalışmaya katılan erkek ve kadın sayısına bağlı olarak değişkenlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda yapılan Ki Kare testi sonucunda zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon düzeyleri ile yaş durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı

saptanmıştır ($p=0.061 >0.05$) (Çizelge 16). Ancak 26-30 yaş aralığındaki bireylerin şiddetli derecede depresyon gösterme belirtisi diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon düzeyleri ile BKİ durumu arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=20.697$, $p=0.014<0.05$) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 17). Çalışmamızda obez olan ve zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %46,3 oranı ile şiddetli derecede depresyonu olduğu bulunmuştur. BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların sebebi olarak çalışmaların farklı sosyo-ekonomik düzeylerde, farklı kültürlerde uygulanması gösterilebilir. BKİ ve depresyon arasındaki ilişki bazı çalışmalarda pozitif, bazı çalışmalarda negatif yönlüdür. Literatürde yer alan bazı çalışmalar ise BKİ ile depresyon arasında U şeklinde bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Carpenter ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışma BKİ'nin düşük çıkması ile yüksek çıkmasının depresyon açısından riskli olduğunu belirtmiştir (Carpenter ve ark.,2000). Yine bu çalışmaya benzer olarak Johnston ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada normal kilolu ve obez olan bireylerin depresyon düzeylerinin aşırı kilolu bireylere oranla daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bunun sebebi olarak günümüzde şişmanlığın normalleştirilmesini göstermiştir (Johnston ve ark.,2004). Çelik tarafından yapılan çalışmada BKİ ile Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Deveci ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu farklı çalışmada ise BKİ ile Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Deveci A ve ark., 2005). Yapılan çalışmalar BKİ ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesinde sosyodemografik değişkenlerin önemli rol oynadığını bildirmiştir. Amerika merkezli yapılan bir çalışma depresyon ve BKİ arasındaki ilişkinin kadın ve erkeklerde farklı olduğunu bildirmiştir. Kadınlardaki BKİ artışı ile birlikte depresyon görülme riskinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (Öztürk ve ark. 2018).

Çalışmamızda yeme tutumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Çizelge 18). Yeme tutum davranışları çevresel ve kültürel etmenlerden etkilenmektedir. Literatür çalışmalarını incelediğimizde depresyon ve yeme tutumu arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda depresyon düzeyindeki artışın yeme

tutumunu azalttđđı görülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Büyükgöze ve arkadaşlarının (2007) yaptıđđı çalışmada depresyon ve yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Büyükgöze ve ark., 2007). Yine çalışmamızdan farklı olarak Kittel ve arkadaşlarının (2015) yaptıđđı çalışmada anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Kittel ve ark.,2015). elik ve arkadaşlarının (2016) kadın üniveriste öğrencileri arasında yaptıđđı çalışmada depresyon ortalamaları yüksek olan gençlerin yeme tutumlarında bozukluk olduğu bildirilmiştir (elik ve ark.,2016).

VII. SONUÇ

Yeme bozuklukları bireylerin hayatını ve büyük ölçüde sağlığını olumsuz yönde etkileyen, anormal yeme davranışları ile kendini gösteren ciddi psikiyatrik sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde yaygınlaşan tek tip beden algısı bu bozuklukların ortaya çıkmasında büyük rol oynamaktadır. Yeme bozuklukları ve depresyon çoğu zaman birbirine eşlik etmektedir. Yeme bozuklukları, depresyon ve birçok ruhsal hastalık ile komorbiditeye sahiptir. Amerikan Psikiyatri Birliği Yeme bozukluğuna sahip bireylerin depresyon oranlarının %50 ila %70 arasında değiştiğini bildirmiştir.

Çalışmamıza zayıflama diyeti yapan 18-65 yaş arası kadın ve erkek bireylerin dahil edilmiştir. Bu bireylerin yeme tutumları ve depresyon ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 500 bireyin 400'ü (%80) kadın, 100'ü (%20) erkektir. Zayıflama diyeti yapan erkeklerin kadınlara oranla depresyon genel ortalaması daha yüksektir. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yeme tutumu ve depresyon ilişkisi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı 18-65 yaş grubu ile Beck Depresyon Ölçeği ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Eğitim durumunun depresyon düzeyini etkilebileceği ve eğitim durumu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Şiddetli derecede depresyon belirtisi olan ve zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %5,2'sinin lise alt mezunu, %37,1'inin lise mezunu, %49,5'inin lisans mezunu, %8,1'inin lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin BKİ değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testi, Diyet yapma davranışı, Oral kontrol davranış ve Bulimik davranış ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

1. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin cinsiyet kategorik değişkeni ile Beck Depresyon (t:-4,060, p<0.05), Yeme Tutum Testi (t:3,962,p<0.05), Diyet yapma davranışı (t:3,447, p<0.05), Bulimik davranış (t:2,969, p<0.05), Oral kontrol davranış (t:3,762, p<0.05) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

2. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yaş kategorik değişkeni ile Beck Depresyon ($p>0.05$), Yeme Tutum Testi ($p>0.05$), Diyet yapma davranışı ($p>0.05$), Oral kontrol davranış ($p>0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenirken Bulimik davranış ($F:2,793$, $p<0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.
3. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin eğitim kategorik değişkeni ile Beck Depresyon ($F:3,833$, $p<0.05$), Yeme Tutum Testi ($F:6,004$, $p<0.05$), Diyet yapma davranışı ($F:4,073$, $p<0.05$), Oral kontrol davranış ($F:12,190$, $p<0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenirken Bulimik davranış ($p>0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.
4. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin BKİ değişkeni ile Beck Depresyon ($p>0.05$), Yeme Tutum Testi ($p>0.05$), Diyet yapma davranışı ($p>0.05$), Oral kontrol davranış ($p>0.05$) ve Bulimik davranış ($p>0.05$) ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.
5. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=15.674$, $p=0.001<0.05$) olduğu belirlenmiştir.
6. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=18.344$, $p=0.031<0.05$) olduğu belirlenmiştir.
7. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları ile yaşları arasında anlamlı bir farkın ($p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir.
8. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları ile BKİ durumu arasında anlamlı bir farkın ($\chi^2=20.697$, $p=0.014<0.05$) olduğu belirlenmiştir.
9. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Depresyon genel ortalamaları ile Yeme Tutum Testi arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r:-,438$, $p<0.05$).

10. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Depresyon genel ortalamaları ile Diyet yapma davranışı arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r=-,422$, $p<0.05$)
11. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Depresyon genel ortalamaları ile Bulimik davranış arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r=-,357$, $p<0.05$)
12. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin Depresyon genel ortalamaları ile Oral kontrol davranış arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r=-,339$, $p<0.05$)

Günümüzde yaygınlaşan tek tip beden algısı bu bozuklukların ortaya çıkmasında büyük rol oynamaktadır. Yeme bozuklukları ve depresyon çoğu zaman birbirine eşlik etmektedir. Yeme bozuklukları, depresyon ve birçok ruhsal hastalık ile komorbiditeye sahiptir. Amerikan Psikiyatri Birliği Yeme bozukluğuna sahip bireylerin depresyon oranlarının %50 ile %70 arasında değiştiğini bildirmiştir.

Çalışmamıza zayıflama diyeti yapan 18-65 yaş arası kadın ve erkek bireyler dahil edilmiştir. Bu bireylerin yeme tutumları ve depresyon ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 500 bireyin 400'ü (%80) kadın, 100'ü (%20) erkektir. Zayıflama diyeti yapan erkeklerin kadınlara oranla depresyon genel ortalaması daha yüksektir. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin yeme tutumu ve depresyon ilişkisi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile Beck Depresyon Ölçeği ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Eğitim durumu ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Şiddetli derecede depresyon belirtisi olan ve zayıflama diyeti uygulanan bireylerin %5,2'sinin lise alt mezunu, %37,1'inin lise mezunu, %49,5'inin lisans mezunu, %8,1'inin lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin BKİ değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Tutum Testi, Diyet yapma davranışı, Oral kontrol davranış ve Bulimik davranış ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda "H1: Zayıflama diyeti uygulanan bireylerin depresyon düzeyleri ile yeme tutumları arasında bir ilişki vardır." Hipotezi kabul edilmiştir.

Günümüzde yeme bozukluklarının sosyal medya, beslenme alışkanlıkları, sosyo-ekonomik düzey ile ilişkili olduğu ve bu etkenlerin yeme bozukluklarını desteklediği görülmektedir. Yeme bozukluğu depresyonu etkileyebildiği gibi depresyonda yeme bozukluklarını etkileyebilmektedir. Özellikle çevresel faktörlerin etkisinin fazla olması sebebi ile adolesanların yeme bozukluklarına yakalanma olasılığı sürekli olarak artış göstermektedir. Ebeveynlerin bu konuda bilinçlenmesi, eğitim alması yeme bozukluklarının görülme sıklığında düşüş sağlayabilecektir.

Yeme bozuklukları, obezite, depresyon birbirini çift yönlü olarak etkilemektedir ve ruh, beden sağlığını olumsuz etkileyen üzerinde durulması gereken ciddi sağlık sorunlarıdır. Konuya gereken önem verilmesi özellikle adolesanların ve ebeveynlerinin bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

VIII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (2013) **Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (DSM 5)** (Çev. ed: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

AYDIN M. (2022), **Yeme Bozuklukları, Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Değerlendirmeler**, Gece Kitaplığı, 1. baskı.

HEBE BRAND J., HERPERTZ-DAHLMANN B. (2019), **Eating disorders and obesity in children and adolescents**, Elsevier.

KÖKLÜ N., BÜYÜKÖZTÜRK Ş., BÖKEOĞLU Ö. Ç. (2006), **Sosyol Bilimler İçin İstatistik**, PegemA Yayıncılık, Ankara.

MERDOL T.K. (2013), **Beslenmeye Bağlı Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Yeterli, Dengeli ve Sağlıklı Beslenmenin Önemi ve Temel İlkeleri**, Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2013.

ÖZDAMAR K. (1999), **Paket Program İle İstatistiksel Veri Analizi**, Kaan Kitabevi, 2.

SEÇER İ. (2015), **Spss ve Lisrel İle Pratik Veri Analizi**, Anı Yayıncılık, 2. Baskı ss. 28, Ankara.

TABACHNICK B. G., FIDELL L. S. (2013), **Using Multivariate Statistics**, Sixth Ed. Boston: Pearson.

MAKALELER

AGÜERA Z., LOZANO-MADRİD, M., MALLORQUÍ-BAGUE N., JİMENEZ-MURCÍA S., MENCHÓN J.M., FERNANDEZ-ARANDA F. (2021), A Review of binge eating disorder and obesity, **Neuropsychiatric**.

- AKDEVELİOĞLU Y., YÖRÜSÜN T. Ö. (2019), Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum Ve Davranışlarına İlişkin Bazı Faktörlerin İncelenmesi, **Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi** :4(1): 19-28.
- ALLISON K.C., LUNDGREN J.D., O'REARDON J.P., GELİEBTER A., GLUCK M.E., VINAİ P., MITCHELL J.E., SCHENCK C.H., HOWELL M.J., CROW S.J., ENGEL S., LATZER Y., TZİSCHİNSKY O., MAHOWALD M.W., STUNKARD A.J. (2010), Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. **International Journal of Eating Disorders** 43:241–247
- ANNAGÜR B., ORHAN F., ÖZER A., TAMAM L., ERHAN Ç. (2012), Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: Bir ön çalışma, **Nöropsikiyatri Arşivi**; 49:14-19.
- ARCELUS J., MITCHELL A. J. ,WALES J. ,NIELSEN S. (2011), Mortality ratesin patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies, **Arch Gen Psychiatry**; 68(7):724-731.
- ATTİA E., STEİNGLASS J.E., WALSH B.T., WANG Y., WU P., SCHREYER C. ve arkadaşları (2019), Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: a randomized clinical trial, **American Journal of Psychiatry**; 176: 449–56.
- AWAD E., SALAMEH P., SACRE H., MALAEB D., HALLİT S., OBEİD S. (2021), Association between impulsivity and orthorexia nervosa / healthy orthorexia: any mediating effect of depression, anxiety, and stress? **BMC Psychiatry**, 3;21(1):604.
- AYDIN M. (2022), **Yeme Bozuklukları, Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Değerlendirmeler**, Gece Kitaplığı, 1. baskı.
- BARBER T.M., KABİSCH, S., PFEİFFER A.F.H., WEİCKERT M.O. (2020) The Health Benefits of Dietary Fibre, **Nutrients**,12, 3209.
- BRAY G. A. (2003), Evaluation of obesity. **Postgraduate Medicine**, 114(6), 19–38.
- BRİGHAM K. S., MANZO L. D., EDDY K. T., THOMAS J. J. (2017), Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake

- Disorder (ARFID) in Adolescents, **Current Pediatrics Reports**, 6(2), 107–113.
- BÜYÜKGÖZE KAVAŞ A. (2007), Eating attitudes and depression in a turkish sample, **European Eating Disorders Review**, 15(4): 305-310.
- CABALLERO B. (2019) ,Humans against Obesity: Who Will Win?, **Advances in Nutrition**, 10 S4–S9.
- CARPENTER K.M., HASİN D.S., ALLİSON D.B., FAİTH M.S. (2000), Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicidal ideation and suicide attempts: results from a general population study, **American Journal of Public Health**; 90:251-257.
- CHOOİ Y. C., DİNG C., MAGKOS F. (2018), The epidemiology of obesity, **Metabolism**.
- CLARK B., VANDERMEER B., SİMONETTİ A., BUKA I. (2010), Is lead a concern in Canadian autistic children?, **Paediatrics & Child Health** 15, 17–22.
- COST J., KRANTZ M. J., MEHLER P. S. (2023), Medical complications of anorexia nervosa, **Cleveland Clinic Journal of Medicine**.
- ÇELİK S., YOLDAŞAN E. B., OKYAY R. A., ÖZENLİ Y. (2016), Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler, **Anatolian Journal of Psychiatry**, 17(1): 42-50
- DENNARD E. E., RİCHARDS C. S. (2013). Depression and coping in subthreshold eating disorders. **Eating Behaviors**, 14(3), 325–329.
- DEVECİ A., DEMET M.M., ÖZMEN B., ÖZMEN E., HEKİMSOY Z. (2005), Obez Hastalarda Psikopatoloji, Aleksitimi ve Benlik Saygısı, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 6:84-91
- Dİ GİACOMO E., ALİBERTİ F., PESCATORE F., SANTORELLİ M., PESSİNA R., PLACENTİ V., COLMEGNA F., CLERICİ M. (2022), Disentangling binge eating disorder and food addiction: a systematic review and meta-analysis, **Eat Weight Disord** 27(6):1963-1970.

- DO ROSÁRIO CALDAS N., BRAULÍO V.B., BRASÍL M.A.A., FURTADO V.C.S., DE CARVALHO D.P., COTRÍK E.M., DANTAS J.R., ZAJDENVERG L. (2022), Binge eating disorder, frequency of depression, and systemic inflammatory state in individuals with obesity - A cross sectional study, **Arch Endocrinol Metab** 08;66(4):489-497.
- ECHEVERRÍ B., KOZAK A. T., GILDNER D. J., PICKETT S. M. (2023), Night eating syndrome subtypes: differences in binge eating and food addiction symptoms, **Eat Weight Disord** 28:3.
- EZZEDDÍN N, ZAVOSHY R, NOROOZÍ M, SARÍCHLOO ME, JAHANÍHASHEMÍ H. (2015), The Association Between Postpartum Depression and Pica During Pregnancy, **Global Journal of Health Science** 2;8(4):253-9.
- FERNANDES M.A.P., ATALLAH Á.N., SOARES B., SACONATO H., GUÍMARÃES S.M., MATOS D., CARNEIRO MONTEIRO L.R., RÍCHTER B. (2007), Intra-gastric balloon for obesity, **Cochrane Database of Systematic Reviews**.
- FERRER R., PARDÍNA E., ROSSELL J., OLLER L., VIÑAS A., BAENA-FUSTEGUERAS J.A. ve ark. (2015), Morbidly ‘healthy’ obese are not metabolically healthy but less metabolically imbalanced than those with type 2 diabetes or dyslipidemia., **Obesity Surgery**; 25 : 1380-9.
- FUGLSET T. S. (2021). Is set-shifting and central coherence in anorexia nervosa influenced by body mass index, anxiety or depression? A systematic review, **BMC Psychiatry**, 21(1).
- GALMÍCHE M., DÉCHELOTTE P., LAMBERT G., TAVOLACCÍ, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review, **The American Journal of Clinical Nutrition**.
- GORRELL S., VE MURRAY S. B. (2019). Eating Disorders in Males. Child and Adolescent, **Psychiatric Clinics of North America**.

- GÖREN E. N., PAYZA U., KAYALI A., KARAKAYA Z., TOPAL E. F. (2021), Beck Depresyon Ölçeği İle Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, **Sağlık Bilimleri Dergisi**.
- GREENBERG J., TESFAZION A. A., ROBINSON C. S. (2012), Screening, Diagnosis, and Treatment of Depression, **Military Medicine**, 177(8S), 60–66.
- HARTMANN A.S., POULAİN T., VOGEL M., HIEMİSCH A., KIESS W., HİLBERT A. (2018), Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study, **European Child & Adolescent Psychiatry**; 27: 1509.
- HARTMANN A.S., ZENGER M., GLAESMER H., STRAUß B., BRÄHLER E., DE ZWAAN M., HİLBERT A. (2022), Prevalence of pica and rumination behaviours in adults and associations with eating disorder and general psychopathology: findings from a population-based study, **Epidemiology and Psychiatric Sciences** 31, e40, 1–8.
- HAY P. (2020), Current approach to eating disorders: a clinical update, **Internal Medicine Journal**, 50(1), 24–2.
- HAY P., MITCHISON D., COLLADO A.E.L., GONZÁLEZ-CHICA D.A., STOCKS N., TOUYZ S. (2017), Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population, **Journal of Eating Disorders**.
- HAY P.J., TOUYZ S., CLAUDİNO A.M., LUJİC S., SMİTH C.A., MADDEN S. (2019), Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. **Cochrane Database Systematic Review**.
- HAYES A., CHEVALİER, M. D’SOUZA, L. BAUR, L.M. WEN, SİMPSON J. (2016), Early childhood obesity: Association with healthcare expenditure in Australia, **Obesity** 24: 1752–1758.

- HAYWOOD C., SUMITHRAN, P. (2019), Treatment of obesity in older persons- A systematic review, **Obesity Reviews**.
- HERPERTZ-DAHLMANN B. (2014), Adolescent Eating Disorders Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity, **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 24(1),177-196.
- HORNBERGER L. L., LANE M. A. (2021). Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. **Pediatrics**, 147(1):e2020040279
- HUANG T., HU F.B. (2015), Gene-environment interactions and obesity: Recent developments and future directions. **BMC Medical Genomics**; 8 (Suppl 1) : S2.
- HUO R., DU T., XU Y. XU W., CHEN X., SUN K., YU X. (2014), Effects of Mediterranean-style diet on glycemic control, weight loss and cardiovascular risk factors among type 2 diabetes individuals: a meta-analysis, **European Journal of Clinical Nutrition** ;69:1200–8.
- JEBEÏLE H., LISTER N. B., BAUR L. A., GARNETT S. P., PAXTON S. J. (2021), Eating disorder risk in adolescents with obesity, **Obesity Reviews**, 22(5).
- JELINEK H. F., SPENCE I., CORNFORTH D. J., TARVAÏNEN M. P., & RUSSELL J. (2018). Depression and cardiac dysautonomia in eating disorders. **Eating and weight disorders**, 23(3), 369–374.
- JOHNSTON E., JOHNSON S., MCLEOD P., JOHSTON M. (2004), The relation of body mass index to depressive symptoms, **Canadian Journal of Public Health**; 95(3):179- 183.
- JONES H., MCINTOSH V. V. W., BRITT E., CARTER J. D., JORDAN J., BULIK C. M. (2022), The effect of temperament and character on body dissatisfaction in women with bulimia nervosa: The role of low self-esteem and depression, **European Eating Disorders Review** ;30:388–400.

- KADIOĞLU M., ERGÜN A. (2015), Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** ;5(2):96-104
- KAFES A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış, **Humanistic Perspective**, 3 (1), 186-194.
- KALRA S., KAPOOR N., JACOB J. (2020), Orthorexia nervosa, **Journal of Pakistan Medical Association**; 70(7):1282-1284.
- KARADERE M. E. , HOCAOĞLU Ç. (2018), Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**; 7(4): 110-118.
- KAVAKÇI ÖNDER (2012) The Prevalence of Eating Disorders (EDs) and Comorbid Psychiatric Disorders in Sivas Province, **Türk Psikiyatri Dergisi**.
- KAYAHAN B., ALTINTOPRAK E., KARABİLGİN S., ÖZTÜRK Ö. (2003), On Beş- Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevelansı ve Depresyon Şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki, **Anatolian Journal of Psychiatry**; 4:208-219
- KEAVER L., WEBBER L., DEE A., SHIELY F., MARSH T., BALANDA K., PERRY I.J. (2013), Application of the UK foresight obesity model in Ireland: the health and economic consequences of projected obesity trends in Ireland, **PLOS ONE**; 13;8(11):e79827.
- KELLER M. B. (1992). Time to Recovery, Chronicity, and Levels of Psychopathology in Major Depression, **Archives of General Psychiatry**, 49(10), 809.
- KELLY T., YANG W., CHEN C.S., REYNOLDS K., HE J. (2008), Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030, **International Journal of Obesity**; 32(9): 1431-1437.
- KİM J-H., CHO J. J., PARK Y. S. (2015), Relationship between Sarcopenic Obesity and Cardiovascular Disease Risk as Estimated by the Framingham Risk Score, **Journal of Korean Medical Science**, 30(3).

- KITTEL R., BRAUHARDT A., HILBERT A. (2015), Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: a systematic review, **International Journal of Eating Disorders**, 48(6): 535-554.
- KOVÁCS L. N., TAKÁCS, Z. K., TÓTH, Z., SIMON, E., SCHMELOWSZKY, Á., KÖKÖNYEI, G. (2020), Rumination in Major Depressive and Bipolar Disorder a Meta-analysis, **Journal of Affective Disorders**.
- KRIS-ETHERTON P. M., PETERSEN K. S., HIBBELN J. R., HURLEY D., KOLICK V., PEOPLES S., RODRÍGUEZ N., WOODWARD-LOPEZ G.(2020), Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety, **Nutrition Reviews**, 79(3), 247–260.
- LÍ P., MAO L., HU M., LU Z., YUAN X., ZHANG Y., HU Z. (2022), Mindfulness on Rumination in Patients with Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, **International Journal of Environmental Research and Public Health**; 1;19(23):16101.
- LIAN, Q., ZUO X., MAO Y., LUO S., ZHANG S., TU X., LOU C., ZHOU W. (2017). Anorexia nervosa, depression and suicidal thoughts among Chinese adolescents: a national school-based cross-sectional study, **Environmental Health and Preventive Medicine**, 22(1).
- LIN J. A., JHE G., VITAGLIANO J. A., MILLIREN C. E., SPIGEL R., WOODS E. R., FORMAN S. F., RICHMOND T. K. (2021), The Association of Malnutrition, illness duration, and pre-morbid weight status with anxiety and depression symptoms in adolescents and young adults with restrictive eating disorders: a cross-sectional study, **Journal of Eating Disorders**, 9(1).
- LINARDON J., WADE T., DE LA PIEDAD GARCÍA X., BRENNAN, L. (2017), Psychotherapy for bulimia nervosa on symptoms of depression: A meta-analysis of randomized controlled trials, **International Journal of Eating Disorders**, 50(10).
- LINDBERG L., HJERN A.(2003), Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study, **Journal of Eating Disorder**, 34(4): 397-408.

- LİU Y., SONG Y., HAO Q., WU J. (2023), Global prevalence of osteosarcopenic obesity amongst middle aged and older adults: a systematic review and meta-analysis, **Archives of Osteoporosis**.
- MALHÍ G. S., MANN J. J. (2018), Depression, **The Lancet**.
- MAYORAL L.P., ANDRADE G.M., MAYORAL E.P., HUERTA T.H., CANSECO S.P., RODAL CANALES F.J., CABRERA-FUENTES H.A., CRUZ M.M., PÉREZ SANTIAGO A.D., ALPUCHE J.J., ZENTENO E., RUÍZ H.M., CRUZ R.M., JERONİMO J.H., PEREZ-CAMPOS E. (2020), Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity, **Indian Journal Medical Research**.
- MİSCHOULON D., EDDY K. T., KESHAVIAH, A., DINESCU D., ROSS S. L., KASS A. E., FRANKO D. L., HERZOG D. B. (2011), Depression and eating disorders: Treatment and course, **Journal of Affective Disorders**, 130(3), 470–477.
- MİTCHELL J. E., PETERSON C. B. (2020). Anorexia Nervosa. **New England Journal of Medicine**, 382(14), 1343–1351.
- Muñoz-Garach A, Cornejo-Pareja I, Tinahones F.J. (2016), Does Metabolically Healthy Obesity Exist?, **Nutrients**.
- NİEDZIELSKI A., KAŻMIERCZAK-WOJTAŚ N.(2020), Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools—A Literature Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(10), 5488
- OĞUR S., AKSOY A., SELEN H. (2016), Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği, **Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi**, 5(1),14-26.
- OKANLI A., ÖZER N., AKYIL ÇEVİK R., KOÇKAR Ç. (2006), Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**; 9, 4.

- ÖREN N., GENÇDOĞAN B. (2007), Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, 15(1), 83-92.
- ÖZDİN S., KARABEKİROĞLU A., ÖZBALCI G.S., AKER A.A. (2020), The effect of cognitive symptoms in binge eating disorder on depression and self-esteem: a cross-sectional study. **Eat Weight Disord**;26(5):1483-1489.
- ÖZGÜR G., BABACAN GÜMÜŞ A., PALAZ C. (2008), Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**; 11(3):77-85.
- ÖZTÜRK M., ŞAHİNER İ. V., ŞAHİNER Ş., ÇAYKÖYLÜ A., (2018). Majör Depresif Bozukluk Tanısı İle Başvuran Hastalarda Beden Kitle İndeksinin Depresyon Şiddeti, Yeme Tutumu Ve Dürtüsellikle İlişkisi, **Anatolian Journal of Psychiatry**; 19(2):117-125.
- PANERO M., MARZOLA E., TAMARİN T., BRUSTOLİN A., ABBATE-DAGA G. (2021), Comparison between inpatients with anorexia nervosa with and without major depressive disorder, **Clinical characteristics and outcome. Psychiatry Research**, 297, 113734.
- PARK L. T. VE ZARATE C. A. (2019), Depression in the Primary Care Setting, **New England Journal of Medicine**, 380(6), 559–568.
- PINAR R. (2002), Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 6(1): 30-41.
- PUCCIO F., FULLER-TYSZKIEWICZ M., ONG D., KRUG I. (2016), A systematic review and meta- analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. **International Journal of Eating Disorders** 49 (5), 439-454.
- PURNAMASARİ D., BADARSONO S., MOERSADİK N., SUKARDJİ K., TAHAPARY D.L. (2011), Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: Clinical practice guidelines of the

obesity clinic, **Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies**; 26 : 117-21.

ROMERO-MESA J., PELÁEZ-FERNÁNDEZ M. A., EXTREMERA N. (2020). Emotional intelligence and eating disorders: a systematic review, **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**.

RTVELADZ, K., MARSH T., BARQUERA S., SANCHEZ ROMERO L. M., LEVY D., MELENDEZ G., WEBBER L., KÍLPÍ F., MCPHERSON K., BROWN M. (2013), Obesity prevalence in Mexico: impact on health and economic burden, **Public Health Nutrition**, 17(01), 233–239.

RUBAN A., STOENCHEV K., ASHRAFÍAN H., TEARE J. (2019), Current treatments for obesity, **Clinical Medicine**, 19(3), 205–212.

RUPKE S.J., BLECKE D., RENFROW M. (2006), Cognitive therapy for depression, *American Family Physician* , 73(1): 83–6.

SANDER J., MOESSNER M., BAUER, S. (2021), Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults, **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(5), 2779.

SCHAUMBERG K., WELCH E., BREÍTHAAPT L., HÜBEL C., BAKER J.H., MUNN-CHERNOFF M.A., YILMAZ Z., EHRLICH S., MUSTELIN L., GHADERÍ A., HARDAWAY A.J., BULÍK-SULLIVAN E.C., HEDMAN A.M., JANGMO A., NÍLSSON I.A.K., WÍKLUND C., YAO S., SEÍDEL M., BULÍK C.M. (2017), The science behind the academy for eating disorders’ nine truths about eating disorders, **European Eating Disorder Review**; 25(6):432–50.

SCHNÍTZLER E. (2022), The Neurology and Psychopathology of Pica, **Current Neurology and Neuroscience Reports**; 22:531–536.

Siyez D.M., Uz A.(2009), Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki ilişki; **Yeni Symposium Dergisi**; 1: 19-24

- SMINK F.R., VAN HOEKEN D., DONKER G.A., SUSSER E.S., OLDEHINKEL A.J., HOEK H.W. (2016), Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa, **Psychological Medicine**; 46: 1189–96.
- SMITH C.E., HAWKINS M.A.W., WILLIAMS-KERVER G.A., DUNCAN J. (2019), Depression subtypes, binge eating, and weight loss in bariatric surgery candidates, **Surgery for Obesity and Related Diseases**;16(5):690-697.
- STAHL S.M., GRADY M.M., MORET C., BRILEY M. (2005), SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy, and tolerability in comparison with other classes of antidepressants, **CNS Spectrums** ,10(9): 732–47.
- STEINHAUSEN H.C., JENSEN C.M. (2015), Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study, **International Journal of Eating Disorders**; 48: 845–50.
- TANRIVERDİ D., SAVAŞ E., GÖNÜLLÜOĞLU N., KURDAL E., BALIK G. (2011), Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi, **Gaziantep Tıp Dergisi**.
- TREASURE J., DUARTE T. A., SCHMİDT U. (2020), Eating disorders, **The Lancet**, 395(10227), 899–911.
- TYROVOLAS S., KOYANAGI A., OLAYA B., AYUSO-MATEOS J.L., MİRET M., CHATTERJI S., TOBIASZ-ADAMCZYK B., KOSKINEN S., LEONARDI M., HARO J.M. (2016), Factors associated with skeletal muscle mass, sarcopenia, and sarcopenic obesity in older adults: A multi-continent study, **Journal Cachexia Sarcopenia Muscle**; 7 : 312-21.
- USTA E., SAĞLAM E., ŞEN S., AYGİN D., SERT H. (2015), Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Tutumları Ve Obsesif-Kompulsif Belirtileri, **Journal of Health Sciences And Professions**;2:187–197.

VILLAREJO C., FERNÁNDEZ-ARANDA F., JIMÉNEZ-MURCIA S., PEÑAS-LLEDÓ E., GRANERO R., PENELO E., TINAHONES F.J., SANCHO C., VILARRASA N., MONTSERRAT-GIL DE BERNABÉ M., CASANUEVA F.F., FERNÁNDEZ-REAL J.M., FRÜHBECK G., DE LA TORRE R., TREASURE J., BOTELLA C., MENCHÓN J.M. (2012), Lifetime Obesity in Patients with Eating Disorders: Increasing Prevalence, Clinical and Personality Correlates, **European Eating Disorders Review**, 20(3), 250–254.

VODERHOLZER U., HAAS V., CORRELL C. U., KÖRNER T. (2020), Medical management of eating disorders: an update, **Current Opinion in Psychiatry**, 33(6), 542–553.

WANG J., XIA P., MA M., LI Y., GENG T., ZHANG Y., TU Z., JIANG L., ZHOU L., ZHANG B., TONG W., SHAN Z., LIU G., YANG K., PAN A. (2023), Trends in the Prevalence of Metabolically Healthy Obesity Among U.S. Adults, 1999-2018, **JAMA Network Open**.

WEILBURG J.B. (2004), An overview of SSRI and SNRI therapies for depression, **American Journal of Managed Care**, 13(6): 25–33.

WHO (1995), Physical Status: The Use And Interpretation Of Anthropometry, **Who Technical Report Series** ; 854.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

URL-1 DSM-5 Child Mental Disorder Classification, NIH National Library of Medicine, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/>. (Erişim Tarihi 13 Ağustos 2022).

URL-2 World Obesity Atlas 2022, <https://www.worldobesity.org>. (Erişim Tarihi Mart 2022)

LİNDMEİER C., ‘WHO’s new International Classification of Diseases (ICD-11) comes into effect’, [https://www.who.int/news/item/11-02-2022-who-s-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)-comes-into-effect#](https://www.who.int/news/item/11-02-2022-who-s-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)-comes-into-effect#). (Erişim Tarihi 11 Ocak 2022).

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Ek- 2. Etik Kurul Onayı

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmiş baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızırıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkıcı şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığımın ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 1. Yeme Tutum Testi (YTT-26)

Açıklama: Bu ölçek, profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.

A. Bölümü: Aşağıdaki soruları tamamlayınız.

1) Doğum Tarihiniz Ay: Gün: Yıl:

2) Cinsiyetiniz Erkek Kadın

3) Boyunuz Cm.

4) Şuanki kilonuz:

5) En Yüksek Kilonuz (Hamilelik Hariç):

6) Yetişkinlikteki En Düşük Kilonuz:

7) İdeal Kilonuz:

B. Bölümü: Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkki işaretleyiniz.	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.						
4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.						
5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
8. Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.						
9. Yemek yedikten sonra kusarım.						
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.						
12. Egzersiz yaptığımda, harcadığım kalorileri düşünürüm.						
13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
14. Vücutumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
15. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissederim.						
23. Diyet yaparım.						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						
26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						

Ek- 2. Etik Kurul Onayı



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ



THE REPUBLIC OF TURKEY
ISTANBUL AYDIN UNIVERSITY

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Sayı : B.30.2.AYD.0.00.00-050.06.04/28
Konu : Karar hk.

06.03.2023

Sayın, Doç. Dr. Gülşay BAYSAL

İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.03.2023 tarihinde yapılan olağan toplantısında danışmanlığını yürüttüğünüz "Selin Aslı Güleşçe" isimli öğrencinize ait "Zayıflama Diyeti Yapan Bireylerde Yeme Tutumu ve Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon İlişkisi Değerlendirilmesi" konulu çalışmanız ile ilgili alınan 2023/28 no'lu karar gereği; başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenerek etik yönden oy birliğiyle uygun bulunmuş olup tutanaklar ekte sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Erman Bülent TUNCER
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek-3. Gönüllü Onam Formu

Etik Kurulu BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Selin Aslı GÜLEŞCE tarafından yürütülen “Zayıflama Diyeti Yapan Bireylerin Yeme Tutumu Ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı zayıflama diyeti yapan bireylerin depresyonla bir ilişkisini araştırmaktır. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 499 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Araştırmaya gönüllüğü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabil Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya sorabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;
Adı:

Araştırmacının;
Adı:

Soyadı:

Soyadı:

İmzası:

İmzası:

İletişim Bilgileri:

E-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “anket araştırılmasında” kullanılmasını;

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

(Lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Selin Aslı	Soyadı	GÜLEŞCE
-----	------------	--------	---------

Eğitim Düzeyi

Derece	Alan	Okul	Yıl
Lisans	Beslenme Ve Diyetetik	İstanbul Gelişim Üniversitesi	2021

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Konuşma	Yazma	Anlama
İngilizce	Orta	Orta	Orta