

**T.C**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME BAĞIMLILIĞI VE**  
**İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. MERVE ÖZTATAR**

**HAZİRAN - 2020**



**T.C**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME BAĞIMLILIĞI VE**  
**İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. MERVE ÖZTATAR**

**DANIŞMAN:**  
**PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER**

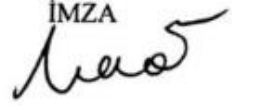
**HAZİRAN – 2020**

## BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 24/05/2019 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

15/06/2020

Dr. Merve ÖZTATAR

İMZA  


## TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim ve tez hazırlama sürecimde bilgi, fikir ve tecrübelerini paylaşan, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER' e, tez sürecinin her aşamasında bana destek olan, bilgisi ve sabrını esirgemeyen, Uzm. Dr. Abdülkadir AYDIN'a, tez sürecimde bana yardımcı olan Uzm. Dr. Fulya AKTAN'a ve aile hekimi asistan arkadaşlarıma, takıldığım her noktada danışabildiğim dostum Uzm. Dr. Aslıhan ARIKAN'a, tez yazma sürecimde ihtiyaç duyduğum her an yanımda olan arkadaşım Dr. Hilal CUMHUR'a, desteklerini hep hissettiğim çok sevdiğim aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Merve ÖZTATAR**

# İÇİNDEKİLER

TABLolar	
ŞEKİLLER	
ÖZET	
SUMMARY	
ÖZET.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. BAĞIMLILIK TANIMI.....	2
2.2. PSİKOLOJİK VE FİZYOLOJİK BAĞIMLILIK.....	3
2.2.1. Psikolojik Bağımlılık.....	3
2.2.2. Fizyolojik Bağımlılık (Fiziksel).....	3
2.3. DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIK.....	4
2.4. DSM VE BAĞIMLILIK.....	6
2.4.1. DSM 5 ile Değişenler.....	7
2.4.2. DSM 5’te Bağımlılık.....	9
2.5. YEME BAĞIMLILIĞI.....	9
2.5.1. Patofizyoloji.....	10
2.5.2. Epidemiyoloji.....	13
2.5.3. Etiyoloji.....	13
2.5.4. Risk Faktörleri.....	13
2.5.5. Klinik.....	16
2.5.6. Ayırıcı Tanı.....	17
2.5.7. Tedavi.....	19
2.5.8. İlgili Araştırmalar.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23

3.1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU .....	23
3.2. MODİFİYE EDİLMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ SÜRÜM 2.0 23	
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	24
3.4. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI .....	24
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	39
6. KAYNAKLAR .....	45
7. EKLER.....	57

## KISALTMA VE SİMGELER

**YB:** Yeme Bağımlılığı

**APA:** American Psyciatry Association

**DSM-5:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

**ASAM:** American Society of Addiction (Medicine Amerikan Bağımlılık Tıbbi Topluluğu)

**DSM-IV-TR:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4-Text Revision

**YYBÖ/YFAS:** Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği/ Yale Food Addiction Scale

**TYB:** Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu

**COMT:** Catechol-O-Methyl-Transferase/Katekol-O-Metil-Transferaz

**PET:** Pozitron emisyon tomografisi

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**M<sup>2</sup>:** Metrekare

**KG:** Kilogram

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**SS:** Standart sapma



## TABLÖLAR

- Tablo 1.** Katılımcıların Yaş Verilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 2.** Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durum Verilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 3.** Katılımcıların Bazı Sosyoekonomik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 4.** Katılımcıların Okul Başarısına Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 5.** Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Verilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 6.** Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Kategorilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 7.** Katılımcıların Beslenme Alışkanlıkları Ve Beden Alıgalarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 8.** Katılımcıların Egzersiz Yapma Sıklıkları Ve Kilo Vermeyi Deneme Durumlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 9.** Katılımcıların Alışkanlıkları ve Hastalık Durumlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 10.** Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'a Verilen Cevapların Yüzde Dağılımları
- Tablo 11.** Katılımcıların mYYBÖ 2.0 Teşhise Yönelik Puanlama Yöntemine Göre Yeme Bağımlılığı Verileri
- Tablo 12.** Katılımcıların mYYBÖ 2.0 Semptom Sayısına Göre Puanlama Yönteminden Aldıkları Puanlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler
- Tablo 13.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Yeme Bağımlılıklarının Karşılaştırılması
- Tablo 14.** Katılımcıların Bazı Sosyoekonomik Özelliklerine Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 15.** Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 16.** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yeme Bağımlılıklarının Karşılaştırılması

- Tablo 17.** Katılımcıların Kilo Memnuniyetleri, Egzersiz Ve Kilo Verme Denemelerin Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 18.** Katılımcıların Beden Kitle İndekslerine Göre Yeme Bağımlılıklarının Karşılaştırılması
- Tablo 19.** Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 20.** Katılımcıların Psikiyatrik veya Kronik Hastalık Durumuna Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması



## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bu çalışmada fast-food tüketimi ve zamansız alınan öğünler gibi kötü beslenme alışkanlıklarının giderek yaygınlaştığı üniversite öğrencilerinin, yeme bağımlılığı düzeylerinin ve yeme bağımlılığını etkileyen faktörlerin gösterilmesi amaçlandı.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışma 01.06.2019-30.06.2019 tarihleri arasında, Sakarya Üniversitesi Mediko Sosyal Sağlık Merkezinde yapılmıştır. Katılımcılara kişisel bilgi formu, yeme alışkanlıklarını sorgulayan Modifiye Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0 uygulandı ve birbirleri arasındaki ilişki değerlendirildi. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyini belirlemek için, %95 güven aralığı ve  $p \leq 0,05$  anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmamıza 169 (%69,8) kadın, 73 (%30,2) erkek olmak üzere toplam 242 kişi katılmıştır. Katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması  $0,90 \pm 1,61$  SS olarak hesaplandı. Dört ana öğün yiyen katılımcıların iki ve üç ana öğün yiyen katılımcılara, son bir yıl içinde kilo verme denemesi olan katılımcıların olmayanlara göre daha yüksek toplam puanlara sahip olduğu görülmüştür. Gece yeme ve fast food yeme sıklığı ile ölçekten alınan toplam puan arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Katılımcıların gece yeme ve fast food tüketme sıklığı arttıkça, beden algıları zayıf, normal, hafif kilolu, şişman şeklinde ilerledikçe; mYYBÖ 2.0'den aldıkları toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır. Yeme bağımlılığı olan katılımcıların daha yüksek beden kitle indeksi değerlerine sahip olduğu görülmüştür.

**SONUÇ:** Yeme bağımlılığı; ilişkili olduğu faktörler ve ileri dönem sonuçları açısından önem verilmesi gereken bir konudur. Özellikle sonuçlarından birinin çağımızın en büyük problemlerinden biri olan obezite ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple olası nedenleri ve sonuçlarının ortaya konabilmesi için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Yeme Bağımlılığı, Modifiye Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0, mYYBÖ 2.0

## SUMMARY

### **Investigation of Food Addiction and Related Factors of The University Students**

**INTRODUCTION AND AIM:** In this study, it was aimed to show the level of food addiction and factors affecting food addiction among university students, where bad eating habits such as fast food consumption and timeless meals are increasingly common.

**MATERIALS AND METHODS:** The study was conducted between 01.06.2019 and 30.06.2019 at Sakarya University Medico Social Health Center. Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0 which questions the eating habits of the participants and the personal information were applied and the relationship between each other were evaluated. To determine the level of statistical significance, 95% confidence interval and  $p \leq 0.05$  were considered significant.

**RESULTS:** A total of 242 people, 169 (69.8%) women and 73 (30.2%) men, participated in our study. The mean score was calculated as  $0.90 \pm 1.61$  SD. It was observed that the participants who ate four main meals had a higher total score comparing for the participants who ate two and three main meals and those who did not attempt to lose weight in the past year. There is a statistically significant difference between the frequency of night eating and fast food eating and the total score obtained from the scale. As the participants body perceptions progressed as weak, normal, slightly overweight, and fat; statistically significantly increased in the total score they received from the mYFAS 2.0. Participants with food addiction were found to have higher body mass index values.

**CONCLUSIONS:** Eating addiction; It is an issue that should be given importance in terms of the factors it is associated with and its future results. In particular, it is thought that one of its consequences may be related to obesity which is one of the biggest problems of our time. Therefore, more comprehensive studies are needed to reveal possible causes and consequences.

**Key Words:** Food Addiction, Modifiye Yale Food Addiction Scale Version 2.0, mYFAS 2.0

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Eskiden insanlar sırf hayatta kalmak için yemek yerken; günümüzde farklı sebeplerden dolayı gerektiğinden daha fazla miktarda yiyecek tüketmektedir. Gıda endüstrisindeki gelişim ile besinler üzerindeki modifikasyonlar sonucu yüksek kalorili ve lezzetli; yağ, şeker ve katkı maddeleri bulunan; genellikle işlenmiş; besinsel değeri az ve ulaşımı kolay olan besinlere dönüşmüştür. Böylece besinlerin ödül özellikleri ile talep edilebilirliği artmıştır (Dimitrijević et al 2015).

Dopamin ve benzeri nörotransmitterler beynimizin ödül mekanizmasını harekete geçirerek haz ve rahatlama oluşturmaktadır. Karbonhidrat içeriği yüksek gıdaların da merkezi sinir sisteminde ödül mekanizmasını çalıştırdığı gösterilmiştir. Kişinin kendini ödüllendirmek için çikolata yeme veya günlük öğünü dışında özel yiyecekler seçmesinin nedeninin de bu olduğu ve yeme bağımlılığının da madde bağımlılığı ile ortak yolları bulunduğu düşünülmektedir. (Hajnal et al. 2004, Liang et al. 2006, Davis et al. 2009, Yakovenko et al. 2011, Öyekçin ve Deveci 2012, Volkow et al. 2012).

Son dönemde oldukça popüler olan Yeme Bağımlılığı (YB) kavramı; genellikle yüksek kalorili, lezzetli ve işlenmiş yiyeceklerin diğer besinlere kıyasla, bağımlılık yapıcı potansiyeli olabileceğini ve aşırı miktarda yiyecek tüketiminin bazı durumlarda bağımlılık davranışıyla sonuçlanabileceğini kapsamaktadır (Meule 2015). Bilimsel literatürde, yeme bağımlılığı terimine ilk olarak 1956 yılında Theron Randolph değinmiş ve yeme bağımlılığını tanımlamıştır. Sınıflandırılması ise 2000'li yılların başında yapılmaya başlanmıştır. Özellikle de 2009 yılından sonra yeme bağımlılığı terimine yer veren yayınların sayısının giderek arttığı görülmektedir (Öyekçin ve Deveci 2012).

Bu çalışmada; fast-food tüketimi ve zamansız alınan öğünler gibi kötü beslenme alışkanlıklarının giderek yaygınlaştığı üniversite öğrencilerinde yeme bağımlılığı düzeyi ve yeme bağımlılığını etkileyen faktörlerin incelenmesi planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BAĞIMLILIK TANIMI

Bağımlılık: maddenin amacı dışında alınması ve o maddeye tolerans gelişmesi sonucu kullanımının gittikçe artan miktarda olması, kişinin günlük hayatında problemlere yol açmasına rağmen alınması ve davranış veya maddenin sonlanması sonucunda yoksunluğa dair ibarelerin ortaya çıkmasıyla seyreden bir tablodur. Birey, bağımlılığın sebep olduğu problemlere rağmen tekrardan maddeyi kullanmaya veya davranışı sergilemeye devam eder (Uluğ 2007, Işık 2009).

Bağımlılık, genellikle kişinin kendisi tarafından fark edemediği bir klinik tablodur. Bireyler uyuşturucu, sigara, alkol gibi maddelere bağımlı olabilirler. Fakat bağımlılık sadece uyuşturucu, sigara, alkol vb. maddelerin bağımlılıkları olarak düşünülmemelidir. Bunlara ek olarak fiziksel bir maddeden temel almayan, davranış tabanlı yeme, televizyon, seks, internet, oyun, bilgisayar, alışveriş vb. bağımlılıklar da olabilir (Greenfield 1999, Kim and Kim 2002). Bu tip davranış bağımlılıkları negatif sonuç oluşturmaya, kontrol edilemeyen davranış ya da faaliyetlere neden olsalar bile davranış ve eylemin devam etmesi bağımlılık tanımı için ortak noktalar (Henderson 2001).

Bağımlılığın üç ana unsuru şu şekilde sıralanabilir:

- Her durum ve koşulda maddeyi kullanabilmek için karşı konulamayan bir arzu ve isteğin olması,
- Sürekli olarak kullanılan dozun giderek artan miktarlarda alınması zorunluluğu (tolerans),
- Alınan maddeye ve kullanımı sonucu oluşan etkilerine karşı fizyolojik ve psikolojik ihtiyaç duyulmasıdır (yoksunluk) (Şahin 2007).

## **2.2. PSİKOLOJİK VE FİZYOLOJİK BAĞIMLILIK**

### **2.2.1. Psikolojik Bağımlılık**

Maddenin pozitif pekiştiri yapması ile psikolojik bağımlılık oluşur. Bu durum kendini o maddeyi kullanmaya devam etme arzusu ile gösterir. Bu istek maddeye karşı duyulan psikolojik özlemdir, o maddeyi alabilmek için karşı konulamaz bir istek oluşmuştur (Kayaalp 2012). Kişide ızdırap ve keyifsizlikten kurtulmak için sürekli ve yinelenen aralıklarla maddeyi isteme ve arama vardır. Kullanıldığında ise keyif ve tatmin ortaya çıkar (Tok 2018).

Psikolojik bağımlılık her bağımlılık olgusunda bulunan ana unsur olup, bütün madde bağımlılıklarında görülür. Eğer sadece psikolojik bağımlılık gelişmiş ve fiziksel bağımlılık gelişmemişse, maddenin kullanımı bırakıldığında yoksunluk sendromu meydana gelmez. Psikolojik bağımlılıkta; maddenin tekrardan kullanılması için çok arzu duyulması, alınan miktarın çoğaltılmasına ihtiyaç duyulmaması, madde alımı sonucu oluşan olumsuz etkilerin genellikle kişisel sınırlar dâhilinde kalması gibi özellikler vardır (Kayaalp 2012, Tok 2018).

### **2.2.2. Fizyolojik Bağımlılık (Fiziksel)**

Fiziksel bağımlılık; bağımlılığa sebep olan bir maddenin uzun bir süre boyunca veya düzenli ve kısa kullanılması sonucunda vücudun bağımlılığa neden olan maddenin etkisine alışması ve buna ek olarak alışılan maddenin vücuda alınmaması ya da kullanımının azaltılması durumunda da vücutta yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesidir. Psikolojik bağımlılıktan ayrı ve genellikle ondan bağımsız bir durumdur. Belirli bir madde ile alakalı psikolojik bağımlılığın derecesi kişiler arasında değişkenlik gösterdiği halde, fizyolojik bağımlılık için bu değişkenlikten bahsedilemez. Fiziksel bağımlılıkta madde kullanımının gittikçe artırılmasıyla merkezi sinir sisteminde alınan maddeye karşı uyum ortaya çıkar. Merkezi sinir sistemi hücrelerinin fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için kullanılan maddeye ihtiyacı olduğu kabul edilir (Coşkunol 2014, Tok 2018).

Fizyolojik bağımlılık, maddenin kısa veya uzun zaman vücutta bulunması sonucunda beyinde onun etkilediği nöronlardaki reseptörlerde meydana gelen fizyolojik değişimlere bağlıdır. Hücresel seviyede bir adaptasyon vardır. Bu sebeple, madde kesildiğinde bağımlı bireyde, hemen psişik ve somatik nitelikteki semptomlarla kendini gösteren, bir süre boyunca devam eden hastalık durumu olan yoksunluk (kesilme) sendromu gelişir (Coşkunol 2014). Bu vaziyet bağımlı kişi için acı verici ve usandırıcıdır. Gelişen bu olumsuz etkilerden dolayı kişi maddeyi kullanmayı sürdürür. Madde kullanımının bırakılması ya da azaltılması durumunda meydana gelen yoksunluk alınan maddeye göre bulantı, kusma, ishal, terleme, baş ağrısı, uykusuzluk, nöbet gibi fiziksel semptomlara neden olur. Eğer alınan maddenin bırakılması veya azaltılması yoksunluk semptomlarının oluşmasına sebep olmuyorsa, fizyolojik bağımlılıktan bahsedilemez. Gelişen fiziksel bağımlılığın derecesi, madde alımının bırakılmasıyla oluşan yoksunluk sendromunun derecesi ile değerlendirilir (Tok 2018).

### **2.3. DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIK**

Davranışsal bağımlılık tanımı, 2010 yılında Amerikan Psikiyatri Cemiyeti (APA)'nin tanimsal ve istatistiksel çalışma grubunun DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) kılavuzuna bu tanımı eklemesiyle resmi olarak psikiyatrik tanı değeri kazanmıştır. Bağımlılığın tanımlarını düzenlerken; kimyasal-biyolojik ajan terimlerinin yanına, aktivite tanımı da dâhil edilerek, bağımlılığın kimyasal etki dışında, davranışsal etkisinin de olduğunu eklemişlerdir. Böylece APA ve Amerikan Bağımlılık Tıbbi Topluluğu (ASAM), değişen biçim ve seviyelerde gözlenen fakat benzer klinik kriterlere uyan davranışsal bağımlılık tanımını onaylamışlardır (Henderson 2001, ASAM 2010, APA 2013).

Davranışsal bağımlılık, madde bağımlılığına kıyasla kişi üzerinde daha az fiziksel probleme neden olmakla birlikte, psikolojik ya da sosyolojik problemlere daha fazla sebep olabilmektedir. Fakat her ikisi de ileri derecede fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik sorunlara neden olabilmektedir. Örnek olarak seks bağımlılığı aile yapısına hasar vererek ailenin yıkılmasına sebep olup, toplumsal travmalara yol açabilir. Yeme bağımlılığı ciddi bedensel problemlere; hipertansiyon, diyabet, kalp ve damar



hastalıkları ve ani ölümlere neden olabilir. Psikolojik olarak ele alınca kişinin aşağılık kompleksi geliştirmesiyle, beden algısının bozulmasıyla, sevgi ve desteğe ihtiyaç duymasıyla sonuçlanabilmektedir. Ayrıca gerek madde gerekse davranış bağımlılıklarında depresyon gelişme olasılığının arttığı da söylenebilir (Henderson 2001).

Davranışsal bağımlılık, madde ile gerçekleşen bağımlılığa benzer şekilde beynin ön ve limbik kısımlarında aktivite değişikliklerine neden olabilir ve davranışsal bağımlılığı olan bir kişi aynı madde bağımlılığındaki gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkarabilir (Miele et. al. 1990, Holden 2001, Martin and Petry 2005, Shaw and Black 2008).

Davranışsal bağımlılık tanı kriterleri altı maddede sıralanabilir (Griffiths 2005):

- Dikkat çekme: Bireyin yaşamında belirli bir davranış değerli bir konuma sahipse meydana gelir. Zihinsel uğraşlara, şiddetli isteklere, sosyalleşmiş davranışa neden olur.
- Duygudurum değişikliği: Başa çıkma metodu olarak değerlendirilebilir. Bu durum bireyin belirli bir aktivite ile uğraşması sonucunda kişisel deneyimlerini ifade eder.
- Tolerans: Bir durumun ya da aktivitenin aynı miktarda keyif vermesi için eylemin miktarının artırılmasıdır.
- Geri çekilme belirtileri: Belirli bir madde alımının ya da aktivitenin devam etmemesi veya aniden sonlandırılması durumunda ortaya çıkan rahatsızlık hissi ve bedensel etkilerdir.
- Çatışma: Kişinin aile, hobi, iş, yaşam ve benzeri gibi alanlarda yaşadığı, kişiler arası veya içsel çatışmalardır.
- Nüksetme: Belirli bir eylemin daha önceki haliyle tekrardan oluşmaya başlamasıdır. Aktivitenin bırakılmasından itibaren uzun süren kontrol veya kaçınma tutumundan sonra bağımlılığın en son aşamasına geri dönülmesidir.

## 2.4. DSM VE BAĞIMLILIK

DSM, ilk olarak Amerika'da ruhsal bozukluklar ile ilgili istatistiksel bilgi toplama ihtiyacından dolayı geliştirilmiştir. DSM'nin birinci baskısında sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı içerisinde madde kullanımı incelenmiş ancak bu duruma çok az yer verilmiştir (APA 1952).

Birçok mental bozukluk için açık tanı ölçütlerinin tanımlanması DSM-3 ile meydana gelmiştir. DSM-3 ile birlikte ilk kez madde kötüye kullanımı ile madde bağımlılığı ayrımı yapılmıştır. Bağımlılık tanısının konulabilmesi için fizyolojik bağımlılık belirtilerinin bulunması gerektiği belirtilmiştir (APA 1980). DSM-4 ile birlikte madde bağımlılığına göre madde kötüye kullanımının nitekim daha hafif bir tablo olduğu ve bağımlılığın başlangıç evresi olduğu düşünülmüştür. Ayrıca bağımlılık tanısı için yoksunluk ve toleransın şart olması tanı kriterlerinden çıkartılmıştır (Bilici 2012, NIH 2015).

DSM-4-TR'deki madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar kısmı DSM-4'e benzemektedir (APA 2000). İkisinde de madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar iki kategori içermektedir. Bunlar madde kullanım bozuklukları ile madde kullanımının yol açtığı bozukluklardır. Madde kullanım bozuklukları da, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olmak üzere iki alt başlığa ayrılır. Madde kullanımının yol açtığı bozukluklar ise; madde yoksunluğu, madde intoksikasyonu ve madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar olarak üç başlığa ayrılır. Bu kısımda incelenen bozukluklara neden olan maddeler; esrar, kafein, kokain, amfetamin ve benzer etkili ajanlar, halusinojenler, alkol, inhalanlar, opiyatlar, fensiklidin, sedatif-hipnotik-anksiyolitik etkili ilaçlar, nikotin ve benzeri maddeler şeklinde sınıflandırılmıştır (Jaffe and Anthony 2005).

DSM-4-TR'de kafein için kötüye kullanım, bağımlılık ve yoksunluk; fensiklidin, esrar, halusinojen ve inhalanlar için yoksunluk; nikotin için kötüye kullanım ve intoksikasyon tanımlanmamıştır (APA 2000).

### 2.4.1. DSM 5 ile Değişenler

DSM-4 ile DSM-5 arasında dikkat çeken az sayıda farklılık vardır (APA 2000, APA 2013, NIH 2015). DSM-4'te bulunan “madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar” olarak adlandırılan sınıf, DSM-5'te “madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları” şeklinde isimlendirilmiştir (Hasin ve ark. 2013). Diğer değişiklikleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- DSM-4'te bulunan madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara sebep olan 11 madde sıralanmışken DSM-5'te 10 madde bulunmaktadır. Çoklu madde bağımlılığı tanısı DSM-5'ten çıkartılmıştır.
- DSM-5'teki sınıflandırma; alkol, nikotin, kafein, inhalerler (uçucular), kenevir (esrar), halüsinojenler, stimülanlar (kokain, amfetamin vb. gibi), sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, opiyatlar ve diğer bilinmeyen maddeler şeklindedir.
- DSM-4'de “Madde Kötüye Kullanımı” ve “Madde Bağımlılığı” ayrı iki başlık olarak değerlendirilmişken, DSM-5'te bunlar “Madde Kullanım Bozukluğu” ismi altında bir araya getirilmiştir. Fakat madde kötüye kullanımı tanı kriterleri içerisinde bulunan “madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar” kriteri çıkarılmış ve “craving, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü” tanı kriteri olarak onun yerine eklenmiştir. Yeni düzenlemede tanı kriteri sayısı ikiye indirilmiştir (Hasin ve ark. 2013, NIH 2015).
- DSM-4 tolerans ve yoksunluk ile seyreden fiziksel bağımlılığın belirlenmesini önemli sayarken, DSM-5'te fiziksel bağımlılık gösteren ve göstermeyen belirleyicileri yoktur (Hasin ve ark. 2013). DSM-5'te bir başka değişiklik de yeni açıklanmış bir belirleyici olan şiddettir. Madde kullanım bozuklukları tanı kriterlerinden 2-3 tanesinin olması hafif, 4-5 tanesinin olması orta, 6 veya daha fazlasının olması şiddetli düzey olarak ifade edilmiştir.
- DSM-5'te kafein kullanım bozukluğu tanısı yoktur ama kafein yoksunluğundan bahsedilmektedir. Kafein alımını sonlandırdıktan veya azalttıktan sonraki 24 saatlik dilimde; grip benzeri bulgular, baş ağrısı, kaslarda ağrı, yorgunluk-uyuşukluk, bulantı-kusma, çabuk sinirlenme, disforik-çökkün duygudurum, konsantrasyon güçlüğü bulgularından en az 3 tanesi varsa kişiye kafein yoksunluğu teşhisi konulabilmektedir (Hasin ve ark. 2013, APA 2013).
- Tütün intoksikasyonu ve kafeinin ise kullanım bozukluğu tanımlanmadığından dolayı, bu iki madde harici bütün madde intoksikasyonlarına “madde kullanım

bozuklukları olmaksızın”, “hafif şiddette kullanım bozukluğu ile” ve “orta ve ciddi şiddette kullanım bozukluğu ile” ölçütleri tanımlanmıştır. Kokain, amfetamin, esrar ve opiyat intoksikasyonları “algı bozukluğu olmayan” ve “algı bozukluğu ile giden” olarak iki başlığa bölünmüştür (APA 2013).

- İlk defa DSM-5’te esrar yoksunluğu açıklanmıştır. Esrar alımını sonlandırdıktan 6-7 gün sonra; çabuk öfkelenme, saldırganlık, huzursuzluk, kilo kaybı, iştah azalması, uyku bozukluğu, karın ağrısı, baş ağrısı, titreme, terleme, ateş gibi fiziksel semptomlardan en az 3’ünün bulunması esrar yoksunluğu teşhisini koydurur (APA 2013, Hasin ve ark. 2013).
- Algı bozukluğu ölçütü DSM-5’te fensiklidin intoksikasyonundan kaldırılmıştır.
- Dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler yoksunluğu için iki ölçüt ‘algı bozukluğu olan’ ve ‘algı bozukluğu olmayan’ kullanılmıştır.
- DSM-4-TR’de en az 3 sınıftan madde kullanımı çoğul madde kullanımı ile ilişkili bozukluk tanımlanmışken, DSM-5’te bu tanıya yer verilmemiştir (Hasin ve ark. 2013).
- DSM-5’te madde ile ilişkili olmayan bozukluklar sınıfı yeni dâhil edilen bir tanı grubudur ve yalnızca kumar oynama bozukluğunu içerir. DSM-5’te grubu değişen kumar oynama bozukluğunun tanı ölçütleri nerede ise aynı kalmıştır. DSM-4-TR’deki 10 tanı belirtecinden sadece “kumar oynamak amacıyla gereken maddiyatı sağlamak için sahtekârlık, hırsızlık, zimmetine para geçirme, dolandırıcılık gibi yasa dışı eylemlerde bulunur” şeklindeki tanı kriteri dışlanmıştır (APA 2000). DSM-4-TR’ye göre 10 belirleyiciden 5 tanesi teşhis koymak için gerekliyken, DSM-5’te 9 ölçütten 4’ü gereklidir. Şiddet ölçütü için; 4-5 tanesinin karşılanması ile hafif, 6-7 tanesinin karşılanması durumunda orta, 8-9 tanesinin karşılanması durumunda şiddetli kumar oynama bozukluğu teşhisi konulabilmektedir (APA 2013, Hasin ve ark. 2013).
- DSM-5’te madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar içerisinde bipolar bozukluklar ve obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar bulunur. DSM-5’te depresif bozukluk, bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak iki ayrı başlık olarak gruplandırılırken DSM-4-TR’de ise depresyon ve bipolar bozukluklar “duygudurum bozuklukları” başlığı içinde gruplandırılmıştır. DSM-4-TR’de bulunan madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozuklukları yerine DSM-5’te

madde/ilac kullanımının yol açtığı depresif bozukluklar ve madde/ilac kullanımının yol açtığı duygudurum bozuklukları tanımlanmıştır. DSM-5'te ilk kez madde kullanımının yol açtığı obsesif kompulsif bozukluk tanımlanmıştır (APA 2013).

#### **2.4.2. DSM 5'te Bağımlılık**

DSM-5'te bağımlılık kelimesi için 'Bağımlılık sözcüğü, maddelerin zorlantılı bir biçimde, alışkanlık olarak kullanımıyla ilişkili ağır sorunları tanımlamak için birçok ülkede yaygın olarak kullanılıyorsa da, burada tanısız bir terim olarak kullanılmamaktadır. Ağır olmayan biçiminden, süregelen depresyon ağır duruma dek değişen aralıkta, zorlantılı madde alımı için daha yüksüz bir terim olan madde kullanım bozukluğu terimi kullanılır. Kimi klinisyenler, çok daha ağır görünüm için bağımlılık sözcüğünü kullanmayı seçebilirler, ancak bu sözcük DSM-5 madde kullanım bozukluğu tanısız terimleri arasından çıkarılmıştır, çünkü belirsiz bir tanımdır ve olumsuz bir yan anlamı olabilir' ifadesi kullanılmıştır (Koroğlu 2013).

#### **2.5. YEME BAĞIMLILIĞI**

Yeme bağımlılığı terimi, kaynaklarda ilk kez Theron Randolph tarafından 1956 yılında karşımıza çıkmıştır. Mısır, patates, buğday, yumurta, süt ve kahve gibi düzenli alınan bazı besinlerin diğer bağımlılıklarda olduğu gibi duyarlı kişilere etki edebileceğini göstermiştir (Randolph 1956). 2000'li yılların başlangıcına kadar yeme bağımlılığı kavramı hakkında çalışmalar yapılmamış, daha çok obezite ve tıkanırcasına yeme bozukluğu üzerine odaklanılmış ve ancak 2009 yılından sonra yeme bağımlılığı hakkında yapılan çalışmalarda artış olmuştur (Meule 2015). Son zamanlarda, obez kişilerde sıkça rastlanan çok fazla ve tıkanırcasına yeme tutumu, yeme bağımlılığı kavramını akıllara getirmiştir (Moreno 2011). Tıkanırcasına yeme bozukluğu ve obezitede meydana gelen dopamin yolağındaki değişiklikler, ödül mekanizması ile ilgili merkezi sinir sistemindeki hiperaktivasyon belirtileri, madde alımındaki seyirle kıyaslanabilir bulunmuştur. Bu çalışmalar yeme bağımlılığına merak oluşturmuş ve bu alanda yapılan araştırmaların çoğalmasını sağlamıştır (Meule 2015).

Yeme bağımlılığının genellikle obez kişilerde ve aşırı miktarda yemek yeme davranışı gösteren kişilerde görülebileceği ifade edilmiştir. Laboratuvar, klinik, epidemiyolojik ve genetik alanda yapılan araştırmalarda, yeme bağımlılığının klinik olarak geçerli olduğu gösterilmiş, nörobiyolojik alandaki araştırmalarda da madde bağımlılığı ve obezitede ödül mekanizması gibi benzerlikler olduğu gösterilmiştir. Yapılan araştırmaların bir kısmı ise belirgin şekilde bazı farklılıkların olduğunu göstermiştir (Wilson 2010).

Bulimia nervoza, kompulsif yeme, tıkanırcasına aşırı yeme bozukluğu gibi farklı yeme bozukluklarıyla çok benzerlik göstermektedir. Yeme bağımlılığında, kişiler her ne kadar durumu önemli kabul etmeseler de kendilerini yemek yemekten alıkoyamazlar. Doğru beslenmeyi amaçlasalar bile kendilerini yeniden zararlı besinleri tüketirken bulurlar. Bu durumun kendilerine zarar verdiğinin farkında olmalarına rağmen yemeyi sürdürürler. Madde bağımlılarının o maddeye olan bağımlılığı gibi yeme bağımlıları da birtakım yiyeceklere o şiddette bağımlıdırlar (Gunnars 2014).

Madde kullanımını ve yeme bağımlılığını ayıran özellik, yeme bağımlılığında tüketilen gıdanın doğal ve yaşamsal bir davranışa bağlı olmasıdır. Bu durum bağımlılık tanımını katı bir biçimde oluşturmayı zorlaştırmaktadır. Bazı kaynaklar, bu nedene dayanarak uyumsuz beslenmenin bağımlılık statüsünün içinde yer almaması gerektiğini savunmaktadırlar (Ziauddeen et al. 2012).

### **2.5.1. Patofizyoloji**

Yeme bağımlılığıyla alakalı yapılan klinik ve prelinik çalışmalar çoğunlukla beslenmenin santral sinir sistemiyle alakalı olan ödül sistemiyle ilişkisi üzerine yoğunlaşmıştır. Nöral ve hormonal devreler enerji metabolizmasını düzenler (Luquet and Magnan 2009).

Yeme tutumunun homeostatik ve hedonik olarak, iki sistem tarafından yürütüldüğünü belirten bir çalışmada beslenmenin sadece homeostatik sistem ile yürütüldüğü koşullarda bütün insanların ideal vücut ağırlığında olacağı, beslenmenin aynı soluk almak gibi hayati bir ihtiyaç gibi görüleceği, ancak beyin ödül mekanizmasının tat ve

zevk alma süreciyle olan bağlantısıyla birlikte hedonik sistemin çalıştığı ve sonuç olarak birtakım gıda maddelerinin gereğinden fazla kullanıldığı gösterilmiştir (Saper et al. 2002, Hajnal et al. 2004).

Yiyecek tüketiminin kötüye kullanımıyla ilgili değerlendirilmesi, yeme bağımlılığı ve madde bağımlılığının benzerliğinin duygudurum etkenlerinin arttırıcılığı ve iştahlı hissetme durumunun olduğunu gösterse de, madde kullanımının biyolojik paralellikleri günümüzde yerini bulmaktadır. Yeme bağımlılığıyla ilgili araştırmalar, çoğunlukla hayvan deneyleriyle araştırılan madde bağımlılığıyla ilgili çalışmalarla benzer yönleri sayesinde, konuyla alakalı nörobiyolojik alanda hızla ilerleme katetmiştir. Kalorisi yüksek olan besinlerin uyuşturucu maddeler gibi merkezi sinir sisteminde dopaminerjik ve opioidergik sistemde artışa sebep olduğu gösterilmiştir. Opioid ve dopaminerjik sistem yemekten keyif almada etkilidir (Davis et al. 2009, Öyekçin ve Deveci 2012, Volkow et al. 2012).

Nükleus akkumbens ödül merkezi için önemli rol oynar. Yeme bağımlılığının araştırıldığı çalışmaların çoğunda bazı gıdaların nükleus akkumbensten dopamin salgılanmasını sağladığı gösterilmiştir (Hajnal et al. 2004, Liang et al. 2006, Yakovenko et al. 2011).

Karbonhidrat içeriği yüksek gıdaların merkezi sinir sisteminde ödül mekanizmasını çalıştırdığı; özellikle amigdala, ventral striatum ve prefrontal korteksi uyardığı yapılan çalışmalarda varılan ortak sonuçtur (Lutter and Nestler 2009).

Karbonhidrattan zengin maddelerin tüketimi aşırı arttığında, nükleus akkumbens, lokus seruleus, singulat ve hipokampustan dopamin salınımının arttığı ve hipotalamusun arkuat çekirdeği kısmında bulunan endojen bir opioid çeşidi olan dinorfininin gen ekspresyonunun çoğaldığı bulunmuştur (Levine et al. 2003).

Aşırı yemek ile dopamin ilişkisinin araştırıldığı ilk çalışmalardan birinde obez olan deney hayvanlarında D2 reseptör seviyelerinin azaldığı ve kısıtlanmış bir yeme programı uygulandığında deney hayvanlarındaki reseptör düzeylerinin normal

seviyeye geri döndüğü saptanmıştır. Araştırmacılar bu verilere dayanarak aşırı yeme davranışının azalan dopamin seviyelerinin telafisi için geliştirildiğini ileri sürmüşlerdir (Hamdi et al 1992).

Wang ve ark. (2002) aşırı yiyecek tüketiminin nörobiyolojisi için dopamin hipofonksiyonu teorisini öne sürmüş ve aşırı yiyecek tüketiminin obez insanların beyinde azalmış hücre dışı dopamin miktarlarını arttırmak için yaptığı bir telafi mekanizması olduğu şeklinde ifade etmişlerdir.

Başka çalışmada obez bireylerde düşük kilolu kişilere göre striatum D2 reseptör miktarının az olduğu, ayrıca D2 reseptörleri ile somatosensorial korteks metabolizması arasındaki ilişkinin gıdaların pekiştirici özelliklerini düzenlediğini ifade etmişlerdir. Buna ilaveten azalmış D2 reseptör fonksiyonunun madde ve alkol bağımlı kişilerde olduğu gibi prefrontal korteks etkinliğinde azalmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Volkow et al. 2008).

Beynin görüntülediği çalışmaların ortak sonucu lezzetli yiyeceklerin alımının ve yiyecek yemeyi beklemenin gustatuar (tat) (insula, frontal operculum) ve aynı zamanda oral somatosensorial korteks faaliyetinde obez bireylerde aşırı artışa sebep olduğu şeklindedir. Ayrıca obez insanların striatal D2 reseptör miktarında azalma mevcuttur ve zayıf olan insanlara göre obez kişilerde lezzetli besinlerin tüketimine dorsal striatum cevabı da azalmıştır (Stice et al. 2009).

YB ile alakalı yapılan genetik çalışmalar yoğunlukla ödül mekanizmasında temel role sahip dopamin ile alakalı olup; bu çalışmalarda ödül geni olarak tanımlanan Taq1A DRD2 gen polimorfizmi ile ilişkili olarak A1 alelinin mevcut olduğu hallerde, %30-40 daha az miktarda striatal D2 reseptörünün mevcut olduğu bulunmuştur (Johnson and Kenny 2010).

Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında obez kişilerde düşük ağırlıklı kişilere göre yiyecek alımına orta dorsal insula, posterior hipokampus ve orta beyin cevabında daha fazla anormallikler bulunmuş ve bu anormal cevabın obezite gelişim



riskini arttırdığı ileri sürülmüştür (DelParigi et al. 2005, Johnson and Kenny 2010).

### **2.5.2. Epidemiyoloji**

Gearhardt ve ark. (2008) YYBÖ'yü kullanarak gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda, yeme bağımlılığının çokça rastlanan özellikleri aşağıda sıralanmış olup bu üç özellik, obez olan ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) bulunan bireylerde de en sık gözlemlenen özelliklerdir (Gearhardt et al. 2012).

- Tekrarlayan başarılı olmayan bırakma durumları (%71,3)
- Sorunlara neden olmasına rağmen devam ettirme (%28,3)
- Yeme davranışına başlama ve davranışı sona erdirme sürecinde uzun zaman harcama (%24,0)

YYBÖ ile yapılan bir araştırmada normal vücut ağırlığı olan bireylerden %11,4' ü tanı kriterlerini karşılamıştır. Bu oran obez bireylerde ise %25-%27,5 aralığında bulunmuştur (Davis et al. 2009, Gearhardt et al. 2009). Başka bir araştırmada, aşırı kilolu olan çocukların %15,2'sinin “her zaman”, “çoğunlukla” ve “sıkça” yiyeceklere bağımlı oldukları gösterilmiştir (Merlo et al. 2009).

### **2.5.3. Etiyoloji**

Etyolojide; genetik yatkınlık, kişinin biyolojik tablosu, Drd2 reseptörlerinde bozulma, tüketilen yiyeceğin niteliği, kişinin inançları/mitleri, yeme endüstrisi ve çevresel etmenler gibi faktörler rol oynar (Brownell et al. 2009).

### **2.5.4. Risk Faktörleri**

#### **2.5.4.1. Yüksek şeker ve yüksek yağ içeren besinler**

Besinlerin hepsi, kişide ödül etkisi meydana getirirse de bazı yiyeceklerin içerikleri daha etkili nitelikler bulundurur. Hayvanların üzerinde yüksek şekerli yiyeceklerle yapılan çalışmalar bağımlılık teorisini kanıtlayan olumlu sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

Beslenme modelleri biçimlendirilmiş iki farklı fare grubuyla yapılan bir çalışmada, serbest beslenme ve yüksek şeker uygulanan iki grup 36 saat sonra karşılaştırılmış, yüksek şeker ile beslenen grupta NAc'daki dopamin salınımı öteki gruba kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Avena et al. 2008). Yapılan araştırmalarda yüksek şekerle beslenen denek hayvanları bir süre sonra öğün miktarlarını ve sayılarını arttırmışlar ve "başa çıkma" öğünleri oluşturmuşlardır. Eski diyet programlarına döndükleri zaman ise çekilme belirtileri meydana getirmişlerdir (Avena and Hoebel 2003). Buna benzer şekilde yapılan diğer deneylerde yüksek yağ oranını ve tat doyumunu tekrarlamışlar ve yine aynı sonuca ulaşmışlardır (Lutter and Nestler 2009, Johnson and Kenny 2010).

#### **2.5.4.2. Obezite**

YB vücut kitle indeksi açısından oldukça geniş bir dağılıma sahiptir fakat obez bireylerde kilosu düşük olanlara kıyasla yağlı ve şekerli gıdaların ödül etkisinin daha fazla olduğu ve bundan dolayı daha fazla miktarda tüketildiği ve obez bireylerin yeme bağımlılığına daha yatkın olduğu bulunmuştur (Gearhardt et al. 2011, Öyekçin ve Deveci 2012).

Tıkanırcasına beslenmeye eğilimi olan ve direnci olan iki grup sıçanın karşılaştırıldığı bir deneyde, birinci grubun daha lezzetli, şeker ve yağ miktarı yüksek gıdalara daha fazla yöneldiği ve bu yiyeceklere ulaşmak amacıyla elektrik şokuna daha uzun süreyle katlandıkları saptanmıştır (Oswald et al. 2011). Bu durum davranışsal bağımlılığın zorlayıcılığını destekler (Everitt et al. 2008). Enerji yoğunluğu yüksek olan bir diyet sonrası açlık yaşayan sıçanlardan obezite eğilimli olanlar, dirençli olanlara kıyasla daha fazla anksiyete ve aşırma davranışında bulunmuşlardır. İnsanlarda yapılan bir görüntüleme deneyinde obez kişiler ve sağlıklı kişiler karşılaştırıldığında, katılımcılara önce düşük kalorili yiyeceklerin ve sonrasında yüksek kalorili yiyeceklerin resimleri gösterilmiştir. Obezitesi olan katılımcıların ikinci resime daha yüksek miktarda anterior singulat korteks, striatum ve dorsolateral prefrontal korteks yanıtları verdiği tespit edilmiştir (Rothmund et al. 2007, Stice et al. 2009).

#### **2.5.4.3. Kişilik özellikleri**

YB ile duygu denetiminde güçlük, negatif duygulanım, düşük benlik saygısı, duygudurum bozuklukları ve stresle başa çıkmakta zorluk ilişkili bulunmuştur

(Gearhardt et al. 2012). Madde kullanım bozukluğu bulunan kişilerde, depresyon ya da anksiyete gibi duygusal değişiklikler olabilir ve bunlarla başa çıkma çabası da yeme bağımlılığını tetikleyebilir (Holahan et al 2001, Nunes and Rounsaville 2006, Thorberg and Lyvers 2006).

Dürtüsellik ile madde ve davranışsal bağımlılık arasındaki ilişki kanıtlanmıştır. Artmış dürtüsellik ve yeme beğimliliği arasında da doğrudan bir bağlantı vardır (Brewer and Potenza 2008, Gearhardt et al. 2012). Dürtüsellik, sonuçlarını değerlendirmeden, madde alımı ya da lezzeti yüksek yiyecekler tüketimi gibi davranışlara yol açar. Günümüzde lezzeti yüksek gıdaların raf ömrünün uzun olması, çok miktarda depolanabilir ve kolay ulaşılabilir olması da insanların kişisel tercihlerini ve yiyecek tüketim alışkanlıklarını etkileyen önemli faktörlerdir (Erçalışkan 2017).

#### **2.5.4.4. Genetik yatkınlık**

Genetik araştırmalar yoğunlukla ödül mekanizmasında temel role sahip olan dopamin üzerine odaklanmıştır. Dopamin işlevini düzenleyen birden çok gen vardır. Bu genlerde meydana gelen bir bozukluk bulunması kişilerde çoğul bağımlılık, kompulsif davranış ve dürtüsellik riskini büyük bir oranda arttırmaktadır. Yapılan araştırmalarda A1 aleli (ödül geni) bulunan bireylerin daha fazla miktarda yiyecek aşırıldığı, yiyeceklerle ilgili uğraşlara daha fazla vakit ayırdıkları ve daha çok miktarda yemek yedikleri gösterilmiştir (Epstein et al. 2007, Davis et al. 2008, Stice et al. 2009, Van Strien et al. 2010).

Dopamin geni dışında katekol-o-metil-transferaz (COMT, Catechol-O-Methyl-Transferase) ile yapılan araştırmalar da bulunmaktadır. COMT enzimi ekstrasinaptik dopamin yıkımını düzenler, yoğun olarak striatum ve prefrontal kortekste bulunur (Matsumoto et al. 2003). COMT Met alelinin insanların ödüle olan duyarlılıklarını arttırdığı ve çoğul madde kullanım bozuklukları ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (Boettiger et al. 2007, Vandenberg et al. 1997).

#### **2.5.4.5. Çevresel Etkilerin Etkisi**

YB ve obezite epidemisindeki artışın sadece genetik ve biyolojik süreçlerle açıklanmasının sınırlayıcı olduğu düşünülmektedir. Tabiki de bu süreçler oldukça

etkilidir fakat araştırmacıların bir kısmı bu artışın doğrudan yeme endüstrisiyle daha çok bağlantılı olduğu görüşündedirler (Brownell et al. 2009). Kilosu fazla ve obez olan bireylerde aşırı miktarda yağlı ve şekerli yiyeceklerin tüketiminin en önemli sebepleri arasında marketlerde, okullarda, restoranlarda satılan fast-food tarzı hazır besinlerin olduğu gösterilmiştir (Campbell et al. 2007). Bir bölgedeki fast-food zincirlerinin miktarıyla obezite ve obeziteye bağlı morbidite sebepleri arasında bağlantı olduğu birçok epidemiyolojik çalışmada gösterilmiştir (Bowman et al. 2004, Aksoydan ve ark. 2011).

### **2.5.5. Klinik**

Diğer bağımlılıklarda olduğu gibi yeme bağımlılığı tanısı da davranışsal semptomlar araştırılarak konulur. Yeme bağımlılığında karakteristik olarak 8 semptom yer alır. Bu belirtilerden 4-5 tanesinin bulunması yeme bağımlısı tanısı koydurmaktadır (Gunnars 2014). Bu semptomlar;

- Tıka basa doygun hissetmesine rağmen yiyeceklere karşı aşerme-özlem hissetme
- Bu besinleri tüketmeye başladığında kendini engelleyememe ve gereğinden daha fazla yeme
- Bu yiyecekleri tükettikten sonra aşırı dolu-tıkanmışlık hissi bulunması
- Bazı yiyecekleri yerken sürekli suçluluk hissetmesine rağmen kısa süre sonra yeniden kendini bu gıdaları yerken bulma
- Özlem duyulan besinleri neden yemesi gerektiği konusunda sürekli mazeretler üretme
- Yemek yemeyi azaltma veya sonlandırmayı tekrar tekrar denemesine rağmen başarı sağlayamama
- Sağlıksız gıdaları tükettiğini çevresinde de bulunan kişilerden saklama
- Fiziksel harabiyete neden olduğunu bilmesine rağmen sağlıksız besinleri tüketmeyi kontrol edememe

## 2.5.6. Ayırıcı Tanı

### 2.5.6.1. Obezite

Aşırı kilolu olmak veya obezite, yağ dokunun beden sağlığını bozabilecek kadar çok ya da anormal birikmesidir. Beden kitle indeksi yetişkinlerde sıklıkla kullanılır ve boy-ağırlık oranının basit bir göstergesidir. Bu oran şahsın kilogram (kg) cinsinden beden ağırlığının metrekaare (m<sup>2</sup>) olarak boyunun karesine bölünmesiyle ortaya çıkmaktadır. DSÖ' nün tanımlamasına göre sınıflarsak; 25'e eşit veya daha yüksek BKİ (Beden Kitle İndeksi) değerleri aşırı kilolu, 30'a eşit veya daha yüksek BKİ değerleri obezite olarak ifade edilmiştir (WHO 2020).

Beden kitle indeksine göre ağırlıkları sınıflandırılan yeme bağımlılığı olan hastaların %88,6'sının fazla kilolu/obez, %11'inin düşük/normal kilolu olduğu gösterilmiştir (Pedram et al. 2013).

Obezite hastalarında sıklıkla görülen şekerli ve yağlı yiyeceklerin fazla tüketimi ve bu hastaların yemek tüketirken kontrollerini kaybetmeleri bağımlılık davranışıyla benzerlik göstermektedir (Pandit et al. 2011). Hayvanlarla olan bir çalışmada obezitenin sebebinin glukoz bağımlılığı olduğu ifade edilse de obezitede başka bağımlılık durumlarının çok görülmemesi, obeziteyi yeme bağımlılığı olarak düşünmekten uzaklaştırmaktadır (Avena et al. 2008, Simon et al. 2006). Rogers, obezitenin yeme bağımlılığı olarak tanımlanabilmesi için bağımlılığın nasıl tanımladığına dikkati çekmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda ortaya çıkan kontrolsüz yeme ve beraberinde bulunan duygu durum değişikliklerinin yeme bağımlılığı olarak sayılmasının uygun bulunabileceği, fakat obezitede görülen yiyeceklerden alınan tada olan düşkünlüğün bu tanım içerisinde değerlendirmenin sınırlayıcı olacağını ifade etmiştir (Rogers 2011). Obeziteyi yeme bağımlılığı kavramının ötesinde genetik, çevresel ve davranışsal faktörlerin beraber etki ettiği bir durum olarak tanımlamak şu an için daha doğru görünmektedir (Patel et al. 2009, Öyeçkin 2012).

## 2.5.6.2. Yeme Bozuklukları

### **Tıkanırcasına yeme bozukluğu**

Yeme bozukluklarının alt tipi olan tıkanırcasına yeme bozukluğu ve bağımlılığın dürtüsel yönünü benzer klinik özellikler paylaşmaktadır. Yeme davranışı açısından ele alındığında TYB’de yeme dönemi belirli bir zaman aralığında gerçekleşir ve bu duruma ilişkin bir ‘kontrolünü kaybetmiş olma hissi’ beraberinde bulunur. Fakat yeme bağımlılığında yeme davranışı esnasında birey ‘kontrolünü kaybettiği hissini’ taşımaz. Buna istinaden TYB’deki yeme atakları ile yeme bağımlılığı olarak açıklanan yeme ataklarının birbirinden ayrıştığı öne sürülür (Öyeçkin 2016).

TYB’yi çıkartmayan tipte bulimia nervozadaki ve obezitedeki aşırı yemeden ayırt etmek bazen zor olabilir (Crovv ve et al. 2001). Bulimia nervozanın diğer belirtilerinin yer almadığı tekrarlayan bulimik epizotlar belirgindir. Vücut şekli ve ağırlığıyla fazla uğraşılmaz. Bu kişiler obez olup obezitenin risklerine açıktırlar. Bulimia nervozadan farklı yönü TYB’de tıknma esnasında tüketilen yiyecek, yiyeceğin içeriği, tadı ve kokusundan daha çok zevk alınır. Kişi tıknma esnasında daha rahattır ve daha az fiziksel rahatsızlık hisseder (Marshall ve ark. 2004).

### **Anoreksiya Nervosa**

Çoğunlukla ergenlik çağında bulunan kızlarda başlar. Kişinin kendisini şişman hissedip diyet yaparak aşırı derecede zayıflama, vücut biçimi veya ağırlığı ile aşırı uğraş, zayıf olmayı şiddetle arzulama, kilo almaktan çok fazla korkma ve kadınlarda amenore ile seyredabilen, ailesel, genetik, psikolojik ve bünyesel sebeplerin birlikte olduğu bir bozukluktur (Garner 1985). Çoğunlukla aşırı az miktarda yiyecek tüketir (günlük aldığı kalori çok düşüktür, genellikle 600-1000 kal/gün). Unlu, yağlı, şekerli besinleri şişmanlatacağı korkusuyla hiç tüketmez. Ara sıra da yemeyi kontrol edememe ve de tıkanırcasına yeme dönemleri olabilir (Hepp 2002, Milos 2002, Halmi et al. 2003).

## **Bulimia nervosa**

Bulimia terimi tıknıma olarak isimlendirilen kontrol edilemeyen aşırı miktarda yeme epizotlarını ifade eder. Önemli özelliklerinden bazıları, karşı koyulamayan aşırı yeme isteği, kilosunu kontrol altına almak için yoğun uğraş, anoreksiya nervozadakine benzer şekil ve vücut ağırlığıyla sürekli uğraştır (Coope et al. 2004, Shavv et al. 2004).

Bulimia nervoza epizodları sırasında çok büyük miktarlarda yiyecek alınır, kazanılan kalori düzeyleri 2000'in üstündedir; örneğin, bir bütün pasta, tencere dolusu makarna gibi. Bu tarz yeme genellikle tek başlarına iken olur. İlk başta gerginlik duygusuna yönelik rahatlama olur; ama bu rahatlama kısa sürer takibinde suçluluk, pişmanlık ve kendinden nefret, iğrenme görülür (Bone et al. 2003).

Çıkartan tipinde kilo almanın önüne geçmek için laksatif, diüretik kullanımı, kendini zorlayarak kusma saptanır (Fernandez-Aranda ve ark. 2001). Bununla birlikte çıkartma olmayan tipinde ise aşırı egzersiz, aç kalma gibi yöntemler düzenli olarak kullanılır. Bulimia nervozada hastalar çoğunlukla normal kilodadır; belirgin bir şekilde zayıflık varsa, anoreksiya nervoza tanısı öncelik kazanır. Hastaların çoğu kadındır ve genellikle adet döngüleri düzenlidir (Fitzgibbon et al. 2000).

### **2.5.7. Tedavi**

Yeme bağımlılığının tedavisi zordur çünkü beraberinde birçok hastalığı bulundurma ihtimali vardır ve hastalığın meydana getirdiği tehlikeleri inkâr etme davranışı bulunmaktadır (Davison and Neale 2004). YB bulunan kişilerde tedaviyi bırakma oranı yüksektir. Yeme bağımlılığı görülen bireylerde son 16 yıl içinde başarısız tedavi sonuçları ve tedaviyi bırakma yaklaşık olarak iki katına çıkmıştır ve her 10 hastadan 4'ü tedavisini sonlandırmaktadır (Campbell 2009).

Yapılan çalışmalarda yeme bağımlılığı tedavi planlanmasında tıbbi bakım, psikoeğitim, psikofarmakoterapi ve kişisel olarak terapiyi de içine alan çok yönlü bir tedavi şeklinin etkili olabileceği gösterilmiştir (Halmi 2007). Yeme bağımlılığı tanısı alanlarda tedavi planı ve klinik değerlendirme birden fazla uzmanın beraber çalışmasıyla gerçekleştirilir. Bunlar; psikiyatrist, aile doktoru, pediatri uzmanı, klinik

psikolog, dahiliye uzmanı, diyetisyen, sosyal çalışmacı, diş doktoru, psikiyatri hemşiresi ve benzeri alanda yer alan birçok uzman olabilir (Yager 2007). Tedavide ilk hedef hastayla olan güven bağına kurmak olmalıdır. Bunun sebebi önceki kişiler arası tecrübelerinden ortaya çıkan güven eksikliği, tedavi çabasının düşük oluşu, kontrolü elinde tutma ihtiyacı gibi nedenlerle tedaviye karşı ambivalan bir tutum göstermeleridir (Soygüt 2003). Başka bir taraftan hastalığın egosintonik bir yanı bulunduğu için ilk önce hastanın problemini fark etmesi sağlanmalı, daha sonrasında gerekli tıbbi destek sağlanmalı, eşlik eden diğer psikopatolojiler de dahil edilerek tedavi planı yapılmalıdır (Fairburn and Cooper 1989).

### **2.5.8. İlgili Araştırmalar**

Güncel yaşamda birçok bireyin yiyecek tükettikleri zaman mutlu hissettikleri şeklinde tanımlamaları ile karşılaşmaktadır. Araştırmacılar bu gözlemlerden yola çıkarak yemek tüketimin negatif duygulanıma neden olduğunu düşünenlerin yeme ile uyarılan ödül mekanizmasında bir anormallik olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu durumu destekleyen bir klinik araştırmada, yemenin negatif duygulanımı azalttığına ve pozitif duygulanımı meydana getirdiğine inanan insanların 3 yıllık izlem sürecinde bu şekilde bir düşüncesi olmayan bireylere göre daha çok tıknırcasına yeme davranışı gösterdikleri bulunmuştur (Smith et al. 2007). Buna benzer başka bir çalışmada, bulimia nevroza tanılı 96 kadında 1 senelik izlem sürecinde tıknırcasına yeme davranışının dirençli olarak devam etmesinde bireylerin yemek yemenin pozitif duygulanımda artışa neden olacağı beklentisinin bulunmasının etkisi olduğu bulunmuştur (Bohon et al. 2009).

Fazla kilosu bulunan ve tedavi arayışında olan genç bireylerde anksiyete ile depresyon gibi olumsuz duyguların bulunmasıyla yeme davranışı üzerinde kontrol kaybı ve duygu durum düzenleyici olarak yemek tüketiminin meydana geldiği ve bu insanlarda depresyon sıklığının da daha fazla olduğu gösterilmiştir (Goossens et al. 2009).

Yapılan başka bir çalışmada, duygusal durumun yiyecek tüketimine etki ettiği, normal veya kilosu düşük olan insanların olumsuz duygusal durumlarda daha az miktarda



yedikleri fakat kilosu fazla olan kişilerin ise bu durumlarda daha çok yemek tükettiği ortaya çıkmıştır (Womble et al. 2001).

Tıkınırcasına yeme davranışı bulunan obez kadınlarla gerçekleştirilen bir araştırmada negatif duygudurum durumunda bu kişilerin daha fazla miktarda yemek (çikolata vb.) yedikleri gösterilmiştir (Chua et al.2004).

Bir ay süresince haftanın 7 günü 12 saat boyunca yüksek miktarda şekerli solüsyon yedirilen ratların incelendiği bir araştırmada ratların aynı bağımlılar gibi aşırı besin yediği (tıkınırcasına yemek yeme) ve şekerli solüsyon kesildiğinde aynı opiyat yoksunluğundakiler gibi aşırma belirtileri, depresyon ve anksiyete gösterdiği tespit edilmiştir (Levine et al. 2003, Colantuoni et al. 2002, Avena et al. 2005, Avena et al. 2008).

Sıçanlarda madde alımını azaltan bazı ilaçların, besinlerle oluşan bağımlılığı da azalttığı ortaya çıkarılmıştır (Bocarsly et al. 2014).

Bazı araştırmalar, belirli yeme diyetlerinin kemirgenlerde ileriki kuşağı etkileyebildiğini ortaya çıkarmıştır. Örneğin, uterusda keyif verici diyetle maruz kalmanın yiyecek tercihlerini, beyin ödül fonksiyonunu, metabolik disregülasyonu ve obezite riskini etkilediği gösterilmiştir (Avena et al. 2012, Borengasser et al. 2014).

Yeme bağımlılığında meydana gelen artışı yalnızca biyolojik ve genetik süreçlere bağlamanın sınırlayıcı olduğu ifade edilmektedir. Kuşkusuz bu süreçler oldukça etkilidir fakat araştırmacıların bir kısmı bu artışın direkt yeme endüstrisi ile olan bağıyla daha fazla ilişkili olduğunu söylemektedir (Brownell et al. 2009).

Bağımlılıkta psikolojik, zihinsel ve bilişsel süreçler bir arada etkili olmaktadır. Bu konuda yapılan klinik çalışmaların çoğalmasi ile yeme bağımlılığı kavramının psikolojik, bilişsel ve nörobiyolojik süreçleri daha ayrıntılı anlaşılabilir ve bir bağımlılık davranışı olarak tanımlanmasının uygun olup olmayacağı net hale gelecektir (Blundell 2011).

Halen yeme bağımlılığı modelinin ciddi biçimde tartışılması sürdürülmektedir. Bu modeli savunanlara rağmen madde ve gıdaların aynı biçimde bağımlılık oluşturmayacağını idda edenler de vardır. Son olarak; yeme davranışının aynı bir davranışsal bağımlılıkmiş gibi kabul edilebileceği fakat yeme bağımlılığının yanlış bir tanım olduğu, nedeninin de bağımlılık yapıcı ajanları tam olarak bilemediğimiz görüşü olduğu ileri sürülmüştür (Hebebrand et al. 2014).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan bu çalışma Sakarya Üniversitesi Mediko Sosyal Sağlık Merkezinde 01.06.2019 -30.06.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Herhangi bir nedenle mediko sosyal sağlık merkezine başvuru yapan ve 18 yaş ve üzeri, çalışmamıza katılmayı kabul eden toplam 242 üniversite öğrencisi araştırma kapsamında değerlendirilmiştir. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 24.05.2019 tarih ve 71522473/050.01.04/164 sayılı izni ile çalışmaya başlanmıştır.

Çalışmaya katılan kişilere önceden hazırlanmış olan sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı Kişisel Bilgi Formu ve yeme alışkanlıklarını sorgulayan Modifiye Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0 uygulandı. Bu formlar anketle ilgili gerekli bilgiler verildikten sonra sözlü onamları alınan hastalar tarafından dolduruldu. Katılımcılara gönüllülük esasının olduğu ve istemedikleri durumda katılımlarına son verebilecekleri, bunun yanında çalışmanın neden ve kim tarafından yapıldığı, toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı ve ad ve soyad gibi kişisel bilgilerinin alınmayacağı hususunda sözel olarak bilgi verildi.

#### **3.1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

Katılımcıların cinsiyet, medeni hal, yaş gibi sosyodemografik özelliklerini, genel sağlık durumlarını, hastalık özgeçmişlerini ve yeme alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla tarafımızca oluşturulmuş anket formudur (Ek 1).

#### **3.2. MODİFİYE EDİLMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ SÜRÜM 2.0**

Gearhardt ve arkadaşları tarafından 2009'da yeme bağımlılığı ölçeklerinin ilki olan Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ) geliştirilmiştir. YYBÖ madde bağımlılığı belirtileri ile yeme tutumunu (tolerans, yoksunluk vs.) değerlendiren 27 maddesi olan bir ölçektir (Gearhardt et al 2009). Bireyin kendisini ölçmesine olanak sağlayan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Bayraktar ve ark tarafından 2012'de yapılmıştır (Bayraktar ve ark. 2012). Further, Flint ve arkadaşları tarafından 2014'de YYBÖ'nün kısa 9 maddelik versiyonu olarak Modifiye Edilmiş YYBÖ

geliştirilmiştir (Flint et al 2014). DSM 5'in yayınlanmasının sonra 18 Mayıs 2013 tarihinde YYBÖ ile Modifiye Edilmiş YYBÖ'nün güncelliğini yitirmesi yeni ölçek ihtiyacına neden olmuştur. Böylece 2016 yılında Gearhardt ve arkadaşları YYBÖ sürüm 2.0'ı geliştirmişlerdir. Toplam 35 maddeden oluşan bu ölçekte DSM 5'teki 11 maddelik kullanım bozukluğu ölçütü ve klinik önemi yer alır (Gearhardt et al. 2016). Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması henüz yapılmamıştır. Schulte ve arkadaşları (2017) YYBÖ Sürüm 2.0'ın daha kısa versiyonu olan Modifiye Edilmiş YYBÖ Sürüm 2.0'ı geliştirdiler. Bu ölçek DSM 5'teki 11 madde kullanım bozukluğu kriteri ile klinik olarak bozulma artı gerginliği yansıtacak 2 ifade de olmak üzere toplam 13 maddeden meydana gelmektedir (Schulte and Gearhardt 2017). Modifiye Edilmiş YYBÖ 2.0 ölçeğinin ülkemizde 2018 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Tok 2018). (Ek 2).

### **3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Veriler değerlendirilirken, sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogrov – Smirnov tasti ile değerlendirilmiş; normal dağılıma uyan verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama  $\pm$  standart sapma olarak verilmiştir. Normal dağılıma uymayan verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortanca, çeyreklikler, en büyük, en küçük değer olarak verilmiştir. Nitel verilerin tanımlayıcı istatistikleri ise sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında pearson ki kare testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney U (iki grup arası), Kruskal Wallis testi (ikiden fazla grup) uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki kare ve Fisher'in Kesin Testinden yararlanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicao, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi  $p \leq 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.4. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI**

Toplanan veriler belirli bir zaman aralığında elde edildiği ve çalışmamız kesitsel tipte olduğu için çalışmamız nedensellik ilişkisi kurmada yeterince iyi değildir ve bulgular elde edildiği zaman aralığı ile kısıtlıdır. Araştırmadaki anket formlarını katılımcılar kendileri doldurdıkları için sorgulanan maddelerden cevaplanmayanlar olmuştur.

Çalışma verileri tek bir sağlık kurumundan elde edilmiş olup Sakarya iline veya topluma genellenemez.



#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza 169 (%69,8) kadın, 73 (%30,2) erkek olmak üzere toplam 242 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş verilerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş; yaş verileri normal dağılıma uymadığı için tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama ve standart sapmanın yanı sıra ortanca, 1. çeyreklik, 2. çeyreklik, en küçük değer ve en büyük değer olarak da verilmiştir. Dört kişinin ise yaş verisine ulaşamadığıdır. Yaş verisi yıl olarak değerlendirilmiş ve tanımlayıcı istatistikler de yıl bazında verilmiştir (Tablo 1). Katılımcıların cinsiyet, medeni hal ve sorgulanan bazı özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 2-3'de gösterildi.

**Tablo 1.** Katılımcıların Yaş Verilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort. $\pm$ SS	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD
Tüm grup (n=238)	21,38 $\pm$ 2,19	21,00	20,00	22,00	18,00	38,00
Erkek (n=167)	21,32 $\pm$ 2,20	21,00	20,00	22,00	18,00	38,00
Kadın (n=71)	21,50 $\pm$ 2,18	22,00	20,00	23,00	18,00	30,00

EKD: En küçük değer, EBD: En büyük değer

**Tablo 2.** Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durum Verilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Sayı	Yüzde %
<b>Cinsiyet (n=242)</b>		
Kadın	169	69,8
Erkek	73	30,2
<b>Medeni hal (n=241)</b>		
Hiç evlenmemiş	236	97,9
Evli	4	1,7
Boşanmış	1	0,4

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir,  $\pm$ %0,1'lik sapmalar olabilir.

**Tablo 3.** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Sayı	Yüzde %
<b>Geldiği coğrafi bölge (n=241)</b>		
Akdeniz	10	4,1
Ege	19	7,9
Marmara	153	63,5
Karadeniz	27	11,2
İç Anadolu	20	8,3
Doğu Anadolu	3	1,2
Güneydoğu Anadolu	9	3,7
<b>Nerede ve kiminle yaşıyor (n=242)</b>		
Arkadaşları ile evde	44	18,2
Özel yurt/ Apart	61	25,2
Devlet yurdu	93	38,4
Pansiyon	1	0,4
Aile ile birlikte	27	11,2
Yakınları ile birlikte	3	1,2
Yalnız evde	13	5,4
<b>Aylık harcama (n=242)</b>		
≤ 500	78	32,2
501 - 1000	131	54,1
1001 – 1500	21	8,7
>1500	12	5,0
<b>Çalışma durumu (n=242)</b>		
Evet	33	13,6
Hayır	209	86,4

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir, ±%0,1'lik sapmalar olabilir.

Katılımcıların “Okul başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verdikleri cevaplara ait tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak aşağıda özetlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Katılımcıların Okul Başarısına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Sayı	Yüzde %
<b>Okul başarısı (n=242)</b>		
Çok kötü	4	1,7
Kötü	17	7,0
Orta	120	49,6
İyi	77	31,8
Çok iyi	24	9,9

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir, ±%0,1'lik sapmalar olabilir.

Katılımcıların beden kitle indeksine ait tanımlayıcı veriler aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, 1. çeyreklik, 2. çeyreklik, en küçük değer ve en büyük değer olarak Tablo 5’de özetlenmiş ve beden kitle indeksi verilerinin kategorik hali ise sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir (Tablo 6).

**Tablo 5.** Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Verilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort. $\pm$ SS	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD
Tüm grup (n=240)	22,37 $\pm$ 3,77	21,55	19,91	24,60	15,60	38,72
Erkek (n=167)	21,79 $\pm$ 3,94	20,83	19,33	23,43	15,60	38,72
Kadın (n=73)	23,69 $\pm$ 2,96	24,15	21,22	25,67	16,98	29,54

EKD: En küçük değer, EBD: En büyük değer

**Tablo 6.** Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Kategorilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

BKİ Kategorisi	Sayı	Yüzde %
<b>Tüm grup (n=240)</b>		
Zayıf	29	12,1
Normal	160	66,7
Fazla kilolu	42	17,5
1. derece şişman	6	2,5
2. derece şişman	3	1,3
<b>Kadın (n=167)</b>		
Zayıf	26	15,6
Normal	119	71,3
Fazla kilolu	13	7,8
1. derece şişman	6	3,6
2. derece şişman	3	1,8
<b>Erkek (n=73)</b>		
Zayıf	3	4,1
Normal	41	56,2
Fazla kilolu	29	39,7

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir,  $\pm$ %0,1’lik sapmalar olabilir.

Katılımcıların beslenme alışkanlıkları, kilo ve beden algılarına yönelik sorulara verdikleri cevaplara ait tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak aşağıda özetlenmiştir (Tablo 7).



**Tablo 7.** Katılımcıların Beslenme Alışkanlıkları Ve Beden Algılarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Sayı	Yüzde %
<b>Ana öğün sayısı (n=242)</b>		
Bir	5	2,1
İki	131	54,1
Üç	92	38,0
Dört	12	5,0
Beş ve daha fazla	2	0,8
<b>Ana öğün süresi (n=240)</b>		
20 dakikadan kısa	139	57,9
20 – 40 dakika arası	91	37,9
40 – 60 dakika arası	8	3,3
60 dakikadan uzun	2	0,8
<b>Ara öğün sayısı (n=242)</b>		
Sıfır	74	30,6
Bir – üç kez	156	64,5
Dört veya daha fazla	12	5,0
<b>Gece atıştırma sıklığı (n=241)</b>		
Hiç	75	31,1
Ara sıra	162	67,2
Sıklıkla	4	1,7
<b>Fast food yeme sıklığı (n=240)</b>		
Hiç	6	2,5
Ara sıra	165	68,8
Sıklıkla	59	24,6
Her gün	10	4,2
<b>Kilo memnuniyeti (n=242)</b>		
Hiç memnun değil	37	15,3
Memnun değil	76	31,4
Memnun	114	47,1
Çok memnun	15	6,2
<b>Beden algısı (n=241)</b>		
Çok zayıf	8	3,3
Zayıf	32	13,4
Normal	120	49,6
Hafif kilolu	69	28,6
Çok kilolu	12	5,0

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir,  $\pm 0,1$ 'lik sapmalar olabilir.

Katılımcıların egzersiz yapma sıklıkları ve son bir yıl içinde kilo vermeyi deneme durumlarına ait tanımlayıcı veriler Tablo 8'de özetlenmiştir.

**Tablo 8.** Katılımcıların Egzersiz Yapma Sıklıkları ve Kilo Vermeyi Deneme Durumlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Sayı	Yüzde %
<b>Egzersiz yapma sıklığı (n=241)</b>		
Hiç yapmıyor	102	42,3
Haftada bir	76	31,5
Haftada 2-3 kez	41	17,0
Haftada 4-6 kez	9	3,7
Her gün	13	5,4
<b>Kilo verme denemesi (n=240)</b>		
Hayır	136	56,7
Evet	104	43,3

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir,  $\pm$ %0,1'lik sapmalar olabilir.

Katılımcıların sigara, alkol, kronik hastalık öyküsü verilerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 9'da özetlenmiştir.

**Tablo 9.** Katılımcıların Alışkanlıkları ve Hastalık Durumlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Sayı	Yüzde %
<b>Sigara kullanma durumu (n=241)</b>		
Hiç kullanmadım	127	52,7
Kullanıp bıraktım	14	5,8
Ara sıra kullanıyorum	53	22,0
Sık ve düzenli kullanıyorum	47	19,5
<b>Alkol kullanma durumu (n=240)</b>		
Hiç kullanmadım	129	53,8
Kullanıp bıraktım	19	7,9
Ara sıra kullanıyorum	88	36,7
Sık ve düzenli kullanıyorum	4	1,7
<b>Psikiyatrik tanı (n=241)</b>		
Var	31	12,9
Yok	210	87,1
<b>Kronik hastalık tanısı (n=241)</b>		
Var	51	21,2
Yok	190	78,8

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir,  $\pm$ %0,1'lik sapmalar olabilir.

Katılımcıların Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'a verdikleri cevapların yüzde dağılımları Tablo 10'da özetlenmiştir.

**Tablo 10.** Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'a Verilen Cevapların Yüzde Dağılımları

	Hiç	2-3 ayda bir	Ayda bir	Ayda 2-3 kez	Haftada bir	Haftada 2-3	Haftada 4-6	Her gün
Kendimi fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum.	37,2	14,0	14,9	8,7	11,2	7,4	2,1	4,5
Zamanımın önemli bir kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi halsiz ya da yorgun hissederek geçiriyorum.	54,5	16,5	9,1	4,5	7,4	4,1	0,8	2,9
Yemeği aşırı kaçıracağım korkusuyla iş, okul veya sosyal aktivitelere gitmekten kaçındığım oluyor.	87,2	4,1	4,1	2,1	1,2	0,4	0,00	0,8
Belirli yiyecekleri yemediğim için olumsuz duygular yaşayacaksam, kendimi daha iyi hissetmek için o yiyecekleri yiyorum.	41,7	15,7	9,1	7,4	11,6	5,4	3,7	5,4
Yeme davranışım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.	53,3	13,6	9,1	5,8	7,0	3,3	2,9	5,0
Yaşamımda yiyecek ve yemek konusunda önemli sorunlar yaşıyorum ve bunlar benim günlük hayatımda, işimde, okulumda, arkadaş ilişkilerimde, aile hayatımda veya sağlığımda sorunlar oluşturabiliyorlar.	73,6	9,9	4,1	2,5	2,9	1,7	2,1	3,3
Aşırı yemek, ailemle ilgilenmemi ya da ev işlerimi yapmamı engelliyor.	89,7	3,3	1,7	2,1	2,1	0,4	0,4	0,4
Yemek yemem duygusal sorunlara neden olmasına rağmen aynı şekilde yemeğe devam ediyorum.	73,1	8,3	4,1	7,0	3,3	0,8	0,00	3,3
Aynı miktarda yemek bana eskiden olduğu kadar keyif vermiyor.	64,9	8,7	7,9	3,7	4,1	4,1	2,1	4,5
Belirli yiyecekleri yemek konusunda başka hiçbir şeyi düşünmeyecek kadar kuvvetli isteğim oluyor.	52,1	12,0	9,5	5,4	8,3	5,4	2,9	4,5
Bazı yiyecekleri yemeyi azaltmayı ya da bırakmayı deneyip başarısız oldum.	55,4	16,1	10,7	5,4	4,1	3,3	1,7	3,3
Yemek yemeyi düşünmek dikkatimi o kadar dağıtıyor ki bu yüzden zarar görebildim (örn; araba kullanırken, karşıdan karşıya geçerken, makine çalıştırırken).	85,5	5,0	2,1	0,8	2,5	2,9	0,00	1,2
Ailem ve arkadaşlarım aşırı yemem konusunda endişe yaşıyorlar.	80,2	5,4	2,9	2,1	5,0	0,8	1,7	2,1

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir,  $\pm 0,2$ 'lik sapmalar olabilir.

Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0 iki şekilde değerlendirilebilir. Bunlardan ilki olan teşhise yönelik puanlama sisteminde, klinik önem (madde 5 ve madde 6) ifadelerinden en az birinin varlığı ile beraber; geriye kalan 11 ifadeden 2 ve daha fazla puan alınması yeme bağımlılığı lehinedir. 2 veya 3 puan ve klinik önem koşulu sağlanırsa “hafif yeme bağımlılığı”, 4 veya 5 semptom ve klinik önem koşulu sağlanırsa “orta yeme bağımlılığı”, 6 veya daha fazla puanla beraber klinik önem koşulu sağlanırsa “ciddi yeme bağımlılığı” olarak adlandırılır. Aşağıda çalışmamızın katılımcılarının bu yöntemle puanlanması sonucu elde edilen veriler özetlenmiştir (Tablo 11).

**Tablo 11.** Katılımcıların mYYBÖ 2.0 Teşhise Yönelik Puanlama Yöntemine Göre Yeme Bağımlılığı Verileri

	Sayı	Yüzde %
<b>Tüm grup (n=242)</b>		
Yeme bağımlılığı yok	227	93,8
Hafif yeme bağımlılığı	5	2,1
Orta yeme bağımlılığı	6	2,5
Ciddi yeme bağımlılığı	4	1,7
<b>Kadın (n=169)</b>		
Yeme bağımlılığı yok	157	92,9
Hafif yeme bağımlılığı	4	2,4
Orta yeme bağımlılığı	4	2,4
Ciddi yeme bağımlılığı	4	2,4
<b>Erkek (n=73)</b>		
Yeme bağımlılığı yok	70	95,9
Hafif yeme bağımlılığı	1	1,4
Orta yeme bağımlılığı	2	2,7
Ciddi yeme bağımlılığı	0	0,0

\*Yuvarlamalardan ötürü yüzde toplamları %100 olmayabilir,  $\pm$ %0,1'lik sapmalar olabilir.

Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'nin diğer değerlendirme yönteminde ise katılımcının 11 ifadenin kaçını karşıladığına bakılır. Semptom sayısına göre yapılan bu puanlamaya ait veriler aşağıda özetlenmiştir (Tablo 12).

**Tablo 12.** Katılımcıların mYYBÖ 2.0 Semptom Sayısına Göre Puanlama Yönteminden Aldıkları Puanlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

		Ortalama ± ss	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD
Tüm grup	(n=242)	0,90±1,61	0,00	0,00	1,00	0,00	10,00

Karşılaştırmanın yapılabilmesi için kategoriler birleştirilerek yeme bağımlılığı yok/var şeklinde iki kategoriye indirilmiştir. Uygulanan test sonucunda katılımcıların cinsiyetleri, medeni durumları, okullarının birinci ya da ikinci öğretim olması, geldikleri bölge, nerede ve kiminle yaşadıkları, aylık harcamaları ve gelir getiren bir işte çalışma durumları ile ölçekten aldıkları toplam puan ve teşhise yönelik değerlendirme sonuçları karşılaştırılmış olup; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 13-14).

**Tablo 13.** Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Yeme Bağımlılıklarının Karşılaştırılması

	Yeme bağımlılığı		Toplam	p*
	Yok	Var		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	157	12	169	0,563
Erkek	70	3	73	
<b>Medeni Durum</b>				
Bekâr	222	15	237	1,000
Evli	4	0	4	
<b>Öğretim Tipi</b>				
1. öğretim	155	9	164	0,571
2. öğretim	72	6	78	
<b>Aylık Harcama Miktarı</b>				
1000 lira ve altı	198	11	209	0,131
1001 lira ve üstü	29	4	33	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	32	1	33	0,700
Çalışmıyor	195	14	209	

\*Fisher'in kesin testi

**Tablo 14.** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama ± SS	p
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	0,96±1,75	0,520*
Erkek	0,74±1,23	
<b>Medeni Durum</b>		
Bekâr	0,91±1,63	0,290*
Evli	0,20±0,44	
<b>Öğretim Türü</b>		
1. öğretim	0,85±1,62	0,388*
2. öğretim	1,00±1,60	
<b>Geldiği coğrafi bölge</b>		
Akdeniz	0,20±0,42	0,276**
Ege	1,16±2,43	
Marmara	0,84±1,46	
Karadeniz	0,85±1,53	
İç Anadolu	1,55±2,26	
Doğu Anadolu	0,00±0,00	
Güneydoğu Anadolu	1,11±1,45	
<b>Nerede ve kiminle yaşıyor</b>		
Arkadaşları ile evde	0,63±1,49	0,498**
Özel yurt/Apart	0,83±1,31	
Devlet yurdu	1,08±1,77	
Pansiyon	0,00±0,00	
Aile ile birlikte	0,85±1,97	
Yakınları ile birlikte	0,67±0,57	
Yalnız evde	0,92±1,55	
<b>Aylık harcama</b>		
≤ 500	1,02±1,81	0,649**
501 - 1000	0,74±1,37	
1001 – 1500	1,04±1,80	
>1500	1,50±2,35	
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	0,57±1,00	0,700*
Hayır	0,94±1,69	

\* Mann Whitney u testi \*\*Kruskal Wallis testi

Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına yönelik sorulara verdiği cevaplar ile ölçekten aldıkları toplam puan arasında istatistiksel anlamlı fark olup olmadığı sınıanmıştır. Katılımcıların ana öğün sayısı ile ölçekten aldıkları puan arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda dört ana öğün yiyen katılımcıların

iki ve üç ana öğün yiyen katılımcılara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek toplam puanlara sahip olduğu görülmüştür. Ana öğün süresi ve ara öğün sayısı ile ölçekten alınan toplam puan arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır; ancak gece yeme ve fast food yeme sıklığı ile ölçekten alınan toplam puan arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Katılımcıların gece yeme ve fast food tüketme sıklığı arttıkça; mYYBÖ 2.0'den aldıkları toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır (Tablo 15).

**Tablo 15.** Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	P*
<b>Ana Öğün Sayısı (n=242)</b>	Bir	0,60±0,89	0,010** 0,011***
	İki	0,90±1,73	
	Üç	0,73±1,23	
	Dört	2,41±2,46	
	Beş ve daha fazla	0,00±0,00	
<b>Ana öğün süresi (n=240)</b>	20 dakikadan kısa	1,04±1,89	0,172
	20 – 40 dakika arası	0,57±1,00	
	40 – 60 dakika arası	1,25±1,28	
	60 dakikadan uzun	1,00±1,41	
<b>Ara öğün sayısı (n=242)</b>	Sıfır	1,00±2,02	0,477
	Bir – üç kez	0,83±1,40	
	Dört veya daha fazla	1,17±1,52	
<b>Gece yeme sıklığı (n=241)</b>	Hiç	0,57±1,26	0,010
	Ara sıra	1,01±1,74	
	Sıklıkla	2,50±1,00	
<b>Fast food yeme sıklığı (n=240)</b>	Hiç	0,00±0,00	0,012
	Ara sıra	0,78±1,48	
	Sıklıkla	1,13±1,56	
	Her gün	2,10±3,31	

\* Kruskal Wallis testi, \*\*Günde 2 ana öğün yiyenler ile 4 ana öğün yiyenlerin karşılaştırması, \*\*\*Günde 3 ana öğün yiyenler ile 4 ana öğün yiyenlerin karşılaştırması

Katılımcıların ana öğün süresi, kilo memnuniyeti ve beden algısı ile yeme bağımlılığı varlığı karşılaştırılmış olup bulgular tablo 16'da özetlenmiştir.

**Tablo 16.** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yeme Bağımlılıklarının Karşılaştırılması

	Yeme bağımlılığı		Toplam	p*
	Yok	Var		
<b>Ana öğün süresi (n=240)</b>				
20 dakikadan altı	127	12	139	0,047
20 dakikanın üstü	99	2	101	
<b>Toplam</b>	226	14	240	
<b>Kilo Memnuniyeti (n=242)</b>				
Memnun	100	13	113	0.002
Memnun değil	127	2	129	
<b>Toplam</b>	227	15	242	
<b>Beden algısı (n=241)</b>				
Zayıf	39	1	40	0,000
Normal	119	1	120	
Kilolu	68	13	81	
<b>Toplam</b>	226	15	241	

\*Pearson Ki kare testi

Katılımcıların kilo memnuniyetleri, beden algıları, beden kitle indeksi kategorileri, egzersiz yapma sıklığı ve son bir yıl içindeki kilo verme denemeleri ile ölçekten aldıkları toplam puan arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Katılımcıların kilo memnuniyeti arttıkça; ölçekten aldıkları puan istatistiksel anlamlı olarak azalmıştır. Benzer şekilde, beden algıları zayıf, normal, hafif kilolu, çok kilolu şeklinde ilerledikçe; ölçekten alınan puanlar da istatistiksel anlamlı olarak artmıştır. Ancak katılımcıların beden kitle indeksi kategorileri ve egzersiz yapma sıklıkları ile ölçekten aldıkları puanlar arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur. Son bir yıl içinde kilo verme denemesi olan katılımcıların toplam ölçek puanları, olmayanlardan istatistiksel anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 17).



**Tablo 17.** Katılımcıların Kilo Memnuniyetleri, Egzersiz Ve Kilo Verme Denemelerinin Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	p
<b>Kilo memnuniyeti</b> (n=242)	Hiç memnun değil	1,67±2,42	<b>0,042*</b>
	Memnun değil	0,91±1,68	
	Memnun	0,69±1,20	
	Çok memnun	0,47±0,91	
<b>Beden algısı</b> (n=241)	Çok zayıf	1,00±2,13	<b>0,041*</b>
	Zayıf	0,44±0,67	
	Normal	0,75±1,22	
	Hafif kilolu	1,04±1,85	
	Çok kilolu	2,75±3,30	
<b>Beden kitle indeksi</b> (n=240)	Zayıf	0,45±0,69	0,164*
	Normal	0,86±1,60	
	Fazla kilolu	1,05±1,57	
	1. derece şişman	2,50±3,88	
	2. derece şişman	2,00±1,00	
<b>Egzersiz yapma sıklığı</b> (n=241)	Hiç yapmıyor	0,96±1,83	0,010*
	Haftada bir	0,88±1,45	
	Haftada 2-3 kez	0,85±1,66	
	Haftada 4-6 kez	0,55±1,13	
	Her gün	0,92±0,95	
<b>Kilo verme denemesi</b> (n=240)	Hayır	0,62±1,27	<b>0,004**</b>
	Evet	1,26±1,93	

\*Kruskal Wallis \*\*Mann Whitney U

Yeme bağımlılığı olan ve olmayan katılımcıların beden kitle indeksi karşılaştırıldığında; yeme bağımlılığı olan katılımcıların daha yüksek beden kitle indeksi değerlerine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 18).

**Tablo 18.** Katılımcıların Beden Kitle İndekslerine Göre Yeme Bağımlılıklarının Karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi		p*
		Ortanca	Ortalama ± ss	
<b>Yeme bağımlılığı</b>	Var	25,64	25,80±4,16	0,000
	Yok	21,26	22,14±3,64	

\*Mann Whitney U

Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumları ile mYYBÖ 2.0 toplam puanları karşılaştırıldığında; sigara kullanma durumu ile ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Alkol kullanma açısından ise kullananı bırakan katılımcıların, diğer gruplara göre daha yüksek toplam puanlara sahip olduğu görülmektedir (Tablo 19).

**Tablo 19.** Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	p*
<b>Sigara kullanma durumu (n=241)</b>	Hiç kullanmadım	0,68±1,40	0,102
	Kullanıp bıraktım	0,93±1,32	
	Ara sıra kullanıyorum	1,09±1,58	
	Sık ve düzenli kullanıyorum	1,25±2,16	
<b>Alkol kullanma durumu (n=240)</b>	Hiç kullanmadım	0,75±1,50	<b>0,034</b>
	Kullanıp bıraktım	1,26±1,28	
	Ara sıra kullanıyorum	1,09±1,85	
	Sık ve düzenli kullanıyorum	0,00±0,00	

\*Kruskal Wallis

Katılımcıların psikiyatrik veya kronik tanılı bir hastalığı olup olmaması ile ölçekten aldıkları toplam puan karşılaştırılmış; istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 20).

**Tablo 20.** Katılımcıların Psikiyatrik veya Kronik Hastalık Durumuna Göre mYYBÖ 2.0 Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	p*
<b>Psikiyatrik hastalık tanısı (n=241)</b>	Var	0,85±1,55	0,151
	Yok	1,22±1,99	
<b>Kronik hastalık tanısı (n=241)</b>	Var	1,27±2,20	0,227
	Yok	0,80±1,41	

\*Mann Whitney U

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yeme Bağımlılığı kavramı; genellikle yüksek kalorili, lezzetli ve işlenmiş yiyeceklerin diğer besinlere kıyasla, bağımlılık yapıcı potansiyeli olabileceğini ve aşırı miktarda yiyecek tüketiminin bazı durumlarda bağımlılık davranışıyla sonuçlanabileceğini kapsamaktadır (Meule 2015). Bu çalışmada fast-food tüketimi ve zamansız alınan öğünler gibi kötü beslenme alışkanlıklarının giderek yaygınlaştığı üniversite öğrencilerinde yeme bağımlılığı düzeyi ve yeme bağımlılığını etkileyen faktörler değerlendirildi.

Çalışma verileri değerlendirildiğinde; katılımcıların Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'dan aldıkları toplam puan ortalaması  $0,90 \pm 1,61$  SS olarak hesaplandı. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda dört ana öğün yiyen katılımcıların iki ve üç ana öğün yiyen katılımcılara, son bir yıl içinde kilo verme denemesi olan katılımcıların olmayanlara göre istatistiksel anlamı olarak daha yüksek toplam puanlara sahip olduğu görülmüştür. Gece yeme ve fast food yeme sıklığı ile ölçekten alınan toplam puan arasında istatistiksel anlamı fark vardır. Katılımcıların gece yeme ve fast food tüketme sıklığı arttıkça, beden algıları zayıf, normal, hafif kilolu, fazla kilolu şeklinde ilerledikçe; mYYBÖ 2.0'den aldıkları toplam puanda istatistiksel olarak anlamı bir şekilde artmıştır. Yeme bağımlılığı olan ve olmayan katılımcıların beden kitle indeksi karşılaştırıldığında; yeme bağımlılığı olan katılımcıların daha yüksek beden kitle indeksi değerlerine sahip olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumları ile mYYBÖ 2.0 toplam puanları karşılaştırıldığında alkol kullanma açısından ise kullanıp bırakan katılımcıların, diğer gruplara göre daha yüksek toplam puanlara sahip olduğu görülmektedir.

Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeğinin çalışmada kullanılan sürümü yakın zamanda geliştirilen bir ölçek olması nedeniyle literatürde bu ölçeğin kullanıldığı araştırma sayısı sınırlı olup, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması dâhil toplam yedi araştırmaya ulaşıldı. Genel popülasyonda yapılan bu araştırmalarda yeme bağımlılığı oranı Schulte ve Gearhardt'ın Amerika'da 2017

yılında yapmış oldukları çalışmasında %13,1 ve 2018 çalışmasında %15 bulunmuştur (Schulte and Gearhardt 2017, Schulte and Gearhardt 2018). Amerika'da yapılan başka bir çalışmada bu oran %15,2 bulunmuştur (Carr et al 2020). Brezilya'da çalışmalarda ise %4,3, İtalya'da yapılan çalışmada da %5,7 bulunmuştur (Imperatori et al 2019, Nunes-Neto et al 2018a, Nunes-Neto et al 2018b). Bu çalışmada; katılımcıların %6,3'ünde mYYBÖ 2.0 ölçeğinin teşhise yönelik puanlama sistemine göre farklı seviyelerde yeme bağımlılığı bulunmuştur. Hafif yeme bağımlılığı %2,1 iken, orta yeme bağımlılığı %2,5 ve ciddi yeme bağımlılığı oranı ise %1,7'dir. Literatürde yapılan çalışmalar arasındaki yeme bağımlılığı oranlarının çeşitlilik göstermesi, toplumların beslenme alışkanlıklarındaki farklılıklarla açıklanabilir. Özellikle Amerika'da yapılan çalışmalarda yeme bağımlılığı oranlarının %15 seviyelerinde bulunmasında, yaygın olan fast food tarzı beslenme alışkanlığının rol oynadığı söylenebilir (Schulte and Gearhardt 2018, Carr et al 2020).

Ülkemizde yapılan yeme bağımlılığı araştırmalarının sonuçları arasında da belirgin farklılıklar gözlenmektedir. Ankara'da yaşayan üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada yeme bağımlılığı oranı %9 olarak bulunmuştur (Özgür ve Uçar 2018). Kılcalı (2015)'nin üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında ise yeme bağımlılığı oranı %11,4 olarak bulunmuştur. Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0'ın türkçe uyarlanmasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise yeme bağımlılığı oranı %8,5 olarak bulunmuş olup, yeme bağımlılığı olan katılımcıların %30,4'ünün hafif yeme bağımlılığı, %52,2'sinin orta yeme bağımlılığı, %17,4'ünün ciddi yeme bağımlılığı olduğu bildirilmiştir (Tok 2018). Ülkemizde yapılan araştırmalardan Kılcalı'nın araştırmasında farklı bir ölçek kullanması, Tok'un ise araştırmasına daha geniş bir yaş aralığını dâhil etmesi, örnekleminin sadece üniversite öğrencilerinden oluşmaması bu farka yol açmış olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yedikleri ana öğün sayısı ve gece yeme sıklığı arttıkça, ölçekten aldıkları puanların da arttığı; ara öğün sayısı ile ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında ise anlamlı fark olmadığı gözlemlendi. Literatürde mYYBÖ 2.0'ın kullanıldığı çalışmalarda yeme bağımlılığı ile gün içindeki öğün sayısı ve gece yeme sıklığı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışma mevcut değildi. Tok (2018)'un

çalışmasında ise; gün içerisindeki atıştırma sayısı arttıkça yeme bağımlılığı oranının da arttığı belirtilmiştir. Ana öğün süresi ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişkiye baktığımızda ise; bir ana öğünü 20 dakikadan daha kısa süren katılımcıların, 20 dakikadan uzun süren katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla yeme bağımlısı olduğu görüldü. Araştırmamızda yemeğini daha kısa sürede bitiren katılımcıların daha fazla yeme bağımlısı olması; hızlı yemek yemenin besinleri daha az çiğneme, daha kısa sürede daha fazla hacimde besin tüketme, beyne doyma sinyali gidene kadar geçen süreden önce yemek yemenin kesilmesi nedeniyle tokluk hissinin oluşmaması gibi bugünkü bilimsel literatürle bildiğimiz nedenlerle açıklanabilir. Öğün sayısı, öğün süresi ve gece yeme sıklığı ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişkiye ait daha net kanıtlar elde edebilmek için daha büyük ve olasılıklı örneklem yöntemi ile dizayn edilmiş toplum tabanlı çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

Yeme bağımlılığı ölçeğinden alınan puanlarla arasında anlamlı ilişki saptanan bir diğer faktör fast food yeme sıklığıdır. Fast food yeme sıklığı arttıkça ölçekten alınan puanlarda da artış saptandı. Yapılan çalışmalarda fast food yeme sıklığı ile yeme bağımlılığı değerlendirilmemiş olsa da; fast food yeme kültürünün oldukça yaygın olduğu bilinen Amerika'da yeme bağımlılığı oranlarının diğer farklı bölgelerdeki oranlardan belirgin yüksek olması, yeme bağımlılığı ile fast food yeme sıklığı arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir (Schulte and Gearhardt 2017, Schulte and Gearhardt 2018, Carr et al 2020).

Ölçeğin teşhise yönelik puanlama yöntemine göre yeme bağımlısı olan ve semptom sayısına göre puanlama yönteminden yüksek puan alan öğrenciler içinde kilolarından memnun olmayanların anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Kendini kilolu olarak algılayan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek ölçek puanlarına ve yeme bağımlılığına sahipti. Genel olarak kilolarından memnun olmayan katılımcıların beden algıları hafif kilolu ya da çok kilolu oldukları şeklindeydi. Tok (2018)'un çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş olup; kilosundan memnun olmayan ve kendini fazla kilolu algılayan katılımcıların daha fazla oranda yeme bağımlısı oldukları belirtilmiştir. Yeme bağımlılığının özellikle kalorili yiyeceklerin

çok ve kontrolsüz tüketimi sonucu kilo alımına sebep olarak kilo memnuniyetsizliğine yol açması beklenen bir tablodur.

Beden kitle indeks kategorileri ile ölçekten alınan puanlar arasında istatistiksel anlamlı fark çalışmamızda bulunamazken; yeme bağımlılığı olan ve olmayan katılımcıların beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında, yeme bağımlılığı olan katılımcıların daha yüksek beden kitle indekslerine sahip olduğu görülmüştür. Amerika'da yapılan bir çalışmada YB prevalansı normal kilolu veya fazla kilolu olanlara göre zayıf veya ikinci derece obez olan kişilerde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca YB, yaşlı bireylerde (örnek ortalamasının üzerinde olanlar), kadınlarda, beyaz ırkta ve daha düşük gelir bildiren kişilerde daha yüksek BKİ ile ilişkili bulunmuştur (Schulte and Gearhardt 2018). YB'na bağlı aşırı tüketim ve kilo alma çalışmamızdaki ve literatürdeki sonuçların nedeni olabilir. Çalışmamızda beden kitle indeksi kategorileri ile yeme bağımlılığı prevalansı arasında istatistiksel anlamlı fark bulamamızın nedeni her bir kategori için yeterli katılımcı sayısına ulaşamamız olabilir.

Tok'un (2018) çalışmasında zayıflama diyeti yapan katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla yeme bağımlılığı olduğu görülmüştür. Ulaş ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da diyet yapan katılımcıların daha sıklıkla yeme bağımlısı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda benzer şekilde son bir yılda kilo verme denemesinde bulunan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek ölçek puanlarına sahipti. Genel'in (2018) çalışmasında ise; yeme bağımlısı olan ve olmayan grubun hayat boyunca diyet yapmış olma oranları benzerken; yeme bağımlısı olmayan katılımcıların diyetle olma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Çakır'ın (2018) çalışmasında ise kilo vermeyi deneyen katılımcıların daha sıklıkla yeme bağımlılığı olanlar olduğu görülmüştür. Çalışmamızda gösterilen ve literatür ile de çoğunlukla desteklenen bu bulgu yukarıda da tartışılan yeme bağımlılarının kilolarından memnun olmayan, bedenlerini şişman olarak algılayan ve genellikle hafif kilolu ve şişman beden kitle indeksi kategorisinde bulunan katılımcılar olması nedeniyle şaşırtıcı değildir.

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanma durumları ile ölçekten aldıkları puan arasında bir ilişki bulunamazken; daha önce alkol kullanıp bırakan katılımcılar diğer katılımcılara göre daha yüksek ölçek puanlarına sahipti. Sivrihisar’da lise öğrencileri ile yapılan bir araştırmada ise alkol kullanımı olan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha fazla yeme bağımlılığına sahipti (Ünal ve ark., 2017). Özgür ve Uçar’ın çalışmasında ise alkol kullanımı ile yeme bağımlılığı arasında bir ilişki bulunamazken; sigara kullanmayanlarda daha fazla yeme bağımlılığı olduğu görülmüştür. Zhao ve arkadaşlarının (2018) adolesanlarda yaptığı çalışmasında da alkol kullanma öyküsü olan ve olmayan katılımcıların yeme bağımlılığı olma olasılıkları arasında bir fark bulunamamıştır. Kıcalı’nın (2015) çalışmasında da sigara ve alkol kullanım sıklığı ile yeme bağımlılığı arasında ilişki gösterilememiştir. Benzer şekilde Tok’un çalışmasında da sigara ve alkol kullanımı ile ölçekten alınan puanlar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda ve literatürde sigara ve alkol kullanımı ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişki konusunda farklı sonuçlar elde edilmesinin birkaç farklı nedeni olabilir. Alkol ve sigara kullanımı kimi çalışmalarda var/yok şeklinde sorulurken kimi araştırmalarda sıklığı sorulmuştur. Araştırmalarda alkol sigara kullanımının bağımlılık boyutunda olup olmadığı derinlemesine sorgulanmamıştır. Bunların dışında özellikle okullarda ve adolesan dönemdeki katılımcılarla yapılan araştırmalarda; katılımcılar doğru cevaplar vermemiş olabilir ya da örneklem büyüklüğü alkol ve sigara kullanan yeterli sayıda katılımcı bulabilecek kadar büyük olmayabilir.

Sonuç olarak; yeme bağımlılığı ile ilişkili bulunan ana öğün sayısını, gece yeme sıklığını, fast-food yeme sıklığını ve BKİ gibi faktörlerdeki artışı yeme bağımlılığının bir sonucu olarak değerlendirdiğimizde, mYYBÖ 2.0’ın gerçeğe yakın sonuçlar verdiği yorumunu yapabiliriz. Katılımcıların BKİ’lerinin artışıyla ve beden algıları zayıftan fazla kiloluya doğru gittikçe yeme bağımlılığında görülen artış, yeme bağımlılığının sonuçlarından birinin de obezite olduğunu düşündürmektedir.

Ülke olarak obezitede dünyada dördüncü, Avrupa’da ise birinci sırada olmamız, obezitenin önümüzdeki yıllarda sağlık sistemini ve sosyal güvenlik sistemini ciddi oranda zorlayacağı ve buna bağlı gelişen ek hastalık yüklerinin yönetiminde

aksaklıklar olabileceği konusunda ipucu niteliğindedir (WHO 2019). Bu nedenle yeme bağımlılığı ile mücadelenin, bir bakıma obezite ile mücadelenin basamaklarından biri olarak değerlendirilebileceğini düşünüyöruz. Bu açıdan mYYBÖ 2.0 ve benzeri ölçeklerin özellikle koruyucu hekimliğin ön plana çıktığı birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılabilirliği değerlendirilmelidir.

Son zamanlarda daha çok gündeme gelen, klinik tanımı henüz netlik kazanmamış olan yeme bağımlılığına dair çalışmalar arttıkça; psikolojik, nörobiyolojik süreçleri ve ilişkili faktörleri daha ayrıntılı değerlendirilebilecek, bir bağımlılık davranışı olarak tanımlanıp tanımlanmayacağı kesinlik kazanacaktır.





## 6. KAYNAKLAR

- Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2011; 53:264-270.
- APA (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1st edition (DSM-I). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Society for Addiction Medicine. (2010). Public policy statement on treatment for alcohol and other drug addiction. Adopted: May 1, 1980, Revised: January 1, 2010.
- Avena, N.M., Hoebel, B.G., 2003, "A diet promoting sugar dependency causes behavior across-sensitization to a low dose of amphetamine" *Neuroscience*, 122(1):17-20.
- Avena NM, Long KA, Hoebel BG. (2005). Sugar-dependent rats show enhanced responding for sugar after abstinence: evidence of a sugar deprivation effect. *Physiology & Behavior*, 84(3):359-62.
- Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neurosci Biobehav Rev* 2008; 32:20-39.
- Bayraktar F, Erkman F, Kurtuluş E. (2012). Adaptation Study of Yale Food Addiction Scale. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1): S38.
- Bilici R (2012) Alkol madde kullanım bozukluklarında tanı ölçütleri. In *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (Eds. C Evren, K Ögel, B Uluğ):35-42. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Blundell, J.E., Finlayson, G. (2011). Food addiction not helpful: the hedonic component implicit wanting- is important. *Addiction*; 106:1216-1218.

- Bocarsly ME, Hoebel BG, Paredes D, et al. 2014. GS 455534 selectively suppresses binge eating of palatable food and attenuates dopamine release in the accumbens of sugar-bingeing rats. *Behav Pharmacology* 25;147-57.
- Boettiger CA, Mitchell JM, Tavares VC, Robertson M, Joslyn G, D'Esposito M et al. Immediate reward bias in humans: fronto-parietal network and a role for the catechol-O-methyl transferase 158(Val/Val) genotype. *J Neurosci* 2007; 27(52):14383-14391.
- Bohon, C., Stice, E., Burton, E. (2009). Maintenance factors for persistence of bulimic pathology: a community-based natural history study. *Int J EatDisord* 2009; 42:173-178.
- Bone O, Lahat S, Kfir R, et al: Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. *Psychiatry* 66(3): 244-251, 2003.
- Bowman S, Gortmaker S, Ebbeling C, Pereira M, Ludwig D. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics* 2004; 113:112-118.
- Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 63–75.
- Brownell, K.D., Farley, T., Willett, W.C., Popkin, B.M, Chaloupka, F.J., Thompson, J.W. et al. (2009). The public health and economic benefits of taxing sugar sweetened beverages. *N Engl J Med*; 361: 1599-1605.
- Campbell KJ, Crawford DA, Salmon J, Carver A, Garnett SP, Baur LA. Associations between the home food environment and obesity-promoting eating behaviors in adolescence. *Obesity* 2007; 15:719-730.
- Campbell, M., 2009, “Drop-Out from Treatment for the Eating Disorders: A Problem for Clinicians and Researchers” *European Eating Disorders Review*, (17):239–242.
- Carr MM, Schulte EM, Saules KK, Gearhardt AN (2020) Measurement Invariance of the Modified Yale Food Addiction Scale 2.0 Across Gender and Racial Groups. *Assessment*. ;27(2):356-364.
- Cengiz, Y., 2011, “Obez Ergenlerde Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Ruhsal Durum Değerlendirilmesi” Uzmanlık Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Chua, J.L., Touyz, S., Hill, A.J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *Int J Obes Relat Metab Disord*; 28:606-610.
- Colantuoni C, Rada P, McCarthy J, Patten C, Avena NM, Chadeayne A, et al. (2002). Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence. *Obesity research*, 10(6):478-88.
- Cooper M, Wells A, Todd G: A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* 43(1):1 -16, 2004.
- Çoşkunol H. (2014) Madde Kullanım Bozukluklarına Genel Bakış. *Bağımlılık Yapan Maddeler ve Toksikoloji Kitabı*. Sayfa: 1-12
- Crovv S, Kendall D, Praus B, et al: Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *Int J Eating Disorders* 30 (2): 222- 226, 2001.
- Çakır E. 2018. Lise Son Sınıfa Devam Eden Kız Öğrencilerde Yeme Bağımlılığı İle Kaygı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Çelebi, C., 2015, "Obezite Hastalarında Yeme Bağımlılığı, Psikopatoloji ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" Uzmanlık Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Çelebi C. 2015. Obezite Hastalarında Yeme Bağımlılığı Psikopatoloji ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Davis, C., Levitan, R.D, Kaplan, A.S., Carter, J., Reid, C., Curtis, C. et al (2008). Reward sensitivity and the D2 dopamine receptor gene: a case-control study of binge eating disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 32:620-628.
- Davis, C., Carter, J.C., 2009, "Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence" *Appetite*, 53(1):1-8.
- Davis CA, Levitan RD, Reid C, Carter JC, Kaplan AS, Patte KA et al. Dopamine for "wanting" and opioids for "liking": a comparison of obese adults with and without binge eating. *Obesity* 2009; 17:1220-1225
- Davison, G.C., Neale, J.M., Anormal Psikolojisi, Çev. Ed, İhsan Dağ, 7. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2004.

- Dayılar Candan, H., Küçük, L. 2019 Lise öğrencilerinde yeme bağımlılığı ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 12-19.
- DelParigi A, Chen K, Salbe AD, Reiman EM, Tataranni PA. (2005). Sensory experience of food and obesity: a positron emission tomography study of the brain regions affected by tasting a liquid meal after a prolonged fast. *Neuroimage*, 24(2):436-43.
- Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adolesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sted* 8:174-8
- Dimitrijević I, Popović N, Sabljak V et al. Food addiction-diagnosis and treatment. *Psychiatria Danubina* 27(1): 0-106, 2015.
- Epstein, L.J., Leddy, J.J., Temple, J.L., Faith, M.S. (2007). Food reinforcement and eating: a multi level analysis. *PsycholBull*; 133:884-906.
- Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Review. Neural mechanisms underlying the vulner ability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3125–3135.
- Fairburn, C.G., Cooper, P.J., 1989, “Eating Disorders”, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems, A Practical Guide*, Ed. Keith Hawton, Paul M. Salkovskis, John Kirk, David M. Clark, Oxford Univ. Press, New York, pp.277-314.
- Fernandez-Aranda F, Amor A, Jimenez-Murcia, et al: Bulimia nervosa and misuse of orlistat: tvvo case reports. *Int J Eating Disorders* 30 (4): 458- 461,2001.
- Fitzgibbon ML, Blackman LR: Binge eating disorder and bulimia nervosa: differences in quality and quantity of binge eating episodes. *Int J Eating Disorders* 27(2): 238- 243, 2000
- Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. (2014). Food Addiction Scale Measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *Am J Clin Nutr*, 99(3):578-586
- Garner M, Garfinkel E: *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press NY, London 1985.
- Gearhardt, A.N., Corbin, W.R., Brownell, K.D. 2009, “Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale” *Appetite*, 52(2), 430–436.

- Gearhardt, A. N., Yokum, S., Orr, P. T., Stice, E., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2011). Neural correlates of food addiction. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 808–816.
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 657–663.
- Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *American Psychological Association*, vol.30, no.1,113-121
- Genel E. 2018. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bağımlılığının Dürtüsellik ve Beden Algısıyla İlişkisi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., Mels, S. (2009). Loss of control overeating in over weight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev*; 17:68-78.
- Gunnars, K. (2014). Food addiction- A serious Problem with a Simple Soltion. *Vicious Eating*; 26-31.
- Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. (2015). DSM 5’te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(4):448-460
- Gürsoy, Ç., 2018, “Genç Erişkinlerde Bağlanma Stilleri ve Dürtüsellik Düzeyleri ile Yeme Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi. T.C. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Greenfield, D.N. (1999). Psychological characteristics of compulsive Internet use: a Preliminary analysis. *Cyber Psychology and behavior*; 2(5):403-412.
- Griffiths, M.D., 2005, “A components model of addiction within a biopsychosocial frame work” *Journal of Substance Use*, (10):191–197.
- Hajnal A, Smith GP, Norgren R. (2004). Oral sucrose stimulation increases accumbens dopamine in the rat. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 286(1): R31-R7.

- Halmi KA, Sunday SR, Klump KL, et al: Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int J Eating Disorders* 33(3): 308-319, 2003.
- Hamdi A, Porter J, Prasad C. Decreased striatal D2 dopamine receptors in obese Zucker rats: changes during aging. *Brain Res* 1992; 589: 338-340
- Halmi, K.A., 2007, "Management of Anorexia Nervosa in Inpatient and Partial Hospitalization Settings", Ed. Yager J, Powers PS, Clinical Manual of Eating Disorders, Washington DC, American Psychiatric Publishing, pp 113-125.
- Hasin DS, O'Brein CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A et al. (2013) DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*, 170:834-851.
- Hebebrand J, Albayrak O, Adan R, et al. 2014. "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neurosci Biobehav Rev* 47;295-306.
- Henderson, E.C., 2001, "Understanding addiction. University Pres of Mississippi" pp 4- 153.
- Hepp U, Milos G: Gender identity disorder and eating disorders. *Int J Eating Disorders* 32(4): 473- 478, 2002.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: A ten-year model. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 190–198.
- Holden, C. (2001). Behavioral Addictions: Do They Exist? *Science*; 294:980-982.
- Imperatori C, Fabbriatore M, Lester D, Manzoni GM, Castelnuovo G, Raimondi G, Innamorati M. (2019) Psychometric properties of the modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0 in an Italian non-clinical sample. *Eat Weight Disord.* ;24(1):37-45.
- Işık, E., Erişkinlerde klinik psikofarmakoloji. In Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. (Eds E Işık, T Uzbay): 337-359. Golden Medya Baskı, İstanbul, 2009.
- Jaffe JH, Anthony JC (2005) Substance-related disorders: introduction and overview. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. (Eds HI Sadock, VA Sadock):1137-1167. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.

- Johnson, P.M., Kenny, P.J., 2010, "Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats" *Nature Neuroscience*, 13(5):635–641.
- Kayaalp O, Uzbay T (2012) İlaç Kötüye Kullanımı ve İlaç Bağımlılığı, Akılcı Tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji 13.baskı. 2. Cilt.846-868.
- Kıcalı GD. 2015. Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve yeme bağımlılığının farklı kişilik özellikleri ve psikiyatrik belirtilerle ilişkisinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya.
- Kim, S., Kim, R. 2002, "A Study of Internet Addiction: Status, Causes, and Remedies- Focusing on the alienation factor" *International Journal of Human Ecology*, 3(1):1-19.
- Korkut, F. (2004). Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma. Anı Yayıncılık. Ankara; 217-253
- Köroğlu E. (2013). DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı; s:234,235,237,238. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık
- Levine AS, Kotz CM, Gosnell BA. (2003). Sugars and fats: the neurobiology of preference. *The Journal of Nutrition*, 133(3):831S-4S.
- Liang N-C, Hajnal A, Norgren R. (2006). Sham feeding corn oil increases accumbens dopamine in the rat. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 291(5):R1236-R9.
- Lutter M, Nestler EJ. (2009). Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *The Journal of nutrition*, 139(3):629-32. master's thesis, Work&Organisational Psychology Unit (IfAP), Swiss Federal Institute of Technology (ETH), Zurich.
- Luquet, S., Magnan, C., 2009, "The central nervous system at the core of the regulation of energy homeostasis" *Front Biosci*, (1):448-465.
- Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP, Birketvedt G, Stunkard AJ. Night eating syndrome among nonobese persons. *Int J Eating Disord*. 2004; 35(2):217-222
- Martin, R.P., Petry, M.N. (2005). Are Non-Substance-Related Addictions Really Addictions? *The American Journal on Addictions*; 14:1-7.

- Matsumoto M, Weickert C, Akil M, Lipska B, Hyde T, Herman M et al. Catechol O-methyltransferase mRNA expression in human and rat brain: evidence for a role in cortical neuronal function. *Neuroscience* 2003; 116:127-137.
- Merlo, L.J., Klingman, C., Malasanos, T.H., Silverstein, J.H. 2009, "Exploration of food addiction in pediatric patients: A preliminary investigation" *Journal of Addiction Medicine*, 3(1):26–32.
- Meule, A., Gearhardt, A.N., 2014, "Food addiction in the light of DSM-5" *Nutrients*, 6 (9): 3653-3671.
- Meule, A., 2015, "Focus: addiction: back by popular demand: a narrative review on the history of food addiction research" *Yale J Biol Med*, 88(3): 295
- Miele, M.G., Tilly, M.S., First, M. & Frances, A. (1990). The Definition of Addiction and Behavioural Addictions, *British Journal of Addiction*; 85: 1421-1423.
- Milos G, Spindler A, Ruggiero G, et al: Comorbidity of obsessive compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int J Eatirtg Disorders* 31 (3): 284-289, 2002.
- Moreno, C., Tandon, R., 2011, "Should overeating and obesity be classified as an addictive disorder in DSM-5?" *Curr Pharm Des*, (17):1128-1131.)
- NIH (2015) Factsheet: alcohol use disorder: a comparison between DSM-IV and DSM-5. Bethesda, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Nunes, E. V., & Rounsaville, B. J. (2006). Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed.). (DSM-IV) to DSM-V. *Addiction*, 101, 89–96.
- Nunes-Neto PR, Köhler CA, Schuch FB, Quevedo J, Solmi M, Murru A, Vieta E, Maes M, Stubbs B, Carvalho AF(2018a) Psychometric properties of the modified Yale Food Addiction Scale 2.0 in a large Brazilian sample. *Braz J Psychiatry*. 40(4):444-448.
- Nunes-Neto PR, Köhler CA, Schuch FB, Solmi M, Quevedo J, Maes M, Murru A, Vieta E, McIntyre RS, McElroy SL, Gearhardt AN, Stubbs B, Carvalho AF. (2018b) Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *J Psychiatr Res*. ;96:145-152.



- Oswald, K. D., Murdaugh, D. L., King, V. L., & Boggiano, M. M. (2011). Motivation for palatable food despite consequences in an animal model of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 44(3), 203–211.
- Ögel, K. (2002). Bağımlılığı Önleme Anne-Babalar-Öğretmenler İçin Kılavuz. İstanbul, IQ Kültür Sanat Yayıncılık. İstanbul. s.102-105.
- Öyekçin, D.G., Deveci A., 2012, “Yeme Bağımlılığı Etyolojisi” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2):132,153.
- Öyeçkin DG. (2016). Yeme bağımlılığında tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Dergisi*, 6(3) 233-239
- Özcebe, H. (2002). Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. *Sted Sürekli TıpEğitimi Dergisi*;11(10):374.
- Özgür, M., & Uçar, A. Ankara'da Yaşayan Üniversite Öğrencilerinde Besin Bağımlılığı ve Gece Yeme Sendromunun Değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 10-21.
- Pandit R, de Jong JW, Vanderschuren LJ, Adan RA. Neurobiology of overeating and obesity: the role of melanocortins and beyond. *Eur J Pharmacol* 2011; 660:28-42.
- Paolacci G, Chandler,J. (2014). Inside the turk understanding Mechanical Turk as a participant pool. *Current Directions in Psychological Science*, 23(3), 184-188.
- Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F., ... & Sun, G. (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PLoS One*, 8(9), e74832.
- Pekcan, H. (1997). 8. Bölüm, Adolesan ve Okul Sağlığı. Halk Sağlığı (TemelBilgiler) 2.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.s.192-198.
- Patel MS, Srinivasan M, Laychock SG. Metabolic programming: role of nutrition in the immediate postnatal life. *J Inherit Metab Dis* 2009; 32:218-228.
- Randolph TG. 1956. The descriptive features of food addiction; addictive eating and drinking. *Q J StudAlcohol* 17;198-224.
- Rogers PJ. Obesity- is food addiction to blame? *Addiction* 2011; 106:1213-1214.

- Rothmund, Y., Preuschhof, C., Bohner, G., Bauknecht, H. C., Klingebiel, R., Flor, H., et al. (2007). Differential activation of the dorsal striatum by high-calori evisual food stimuli in obese individuals. *NeuroImage*, 37(2), 410–421.
- Saper CB, Chou TC, Elmquist JK. (2002). The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron*, 36(2):199-211.
- Şahin, M., 2007, “Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye’de Yapılmış Olan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Schulte, E. M., & Gearhardt, A. N. (2017). Development of the modified Yale food addiction scale version 2.0. *European Eating Disorders Review*, 25(4), 302-308.
- Schulte EM, Gearhardt AN. (2018) Associations of Food Addiction in a Sample Recruited to Be Nationally Representative of the United States. *Eur Eat Disord Rev.*;26(2):112-119.
- Shaw, M., Black, W.D. (2008). Internet Addiction-Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management. *CNG Drugs*; 22(5):353-365.
- Shavv HE, Slice E, Springeri DW: Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem in predicting bulimic symptomatology: Lack of replication. *Int J Eating Disorders* 36(1): 41-47, 2004.
- Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:824-830.
- Smith, G., Simmons, J., Flory, K., Annus, A., Hill, K.(2007). Thinness and eating expectancies predict subsequent binge-eating and purging behavior among adolescent girls. *J Abnorm Psychol*; 116:188-197.
- Soygüt, G., 2003, “Yeme Bozukluklarının Bilişsel Davranışçı Tedavisi”, Bilişsel Davranışçı Terapiler, Ed. Savaşır, I., Soygüt, G. ve Kabakçı, E., 3. Baskı, Ankara, Türk Psikologlar Derneği, ss.112-139.
- Stice E, Spoor S, Ng J, Zald DH. Relation of obesity to consummatory and anticipatory food reward. *Physiol Behav* 2009; 97:551-560

- Tezbaşaran AA. (2008) Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. 3. Sürüm (e-kitap). Erişim:[http://www.academia.edu/1288035/Likert\\_Tipi\\_%C3%96l%C3%A7ek\\_Haz%C4%B1rlama\\_K%C4%B1lavuzu](http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_%C3%96l%C3%A7ek_Haz%C4%B1rlama_K%C4%B1lavuzu)
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31(5), 811–820.
- Tok Ş, (2018), ‘Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0’ In Türkçe Uyarlanmasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması’ T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sakarya
- Uğurlu T.T., Şengül C.B., Şengül C., 2012, “Bağımlılık Psikofarmakolojisi” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1): 37-50.
- Ulaş, B., Uncu, F., & Üner, S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 15-22.
- Uluğ, B., Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı* (Eds C Güleç, E Köroğlu): 161-172. HYB Basım Yayın, Ankara, 2007.
- Ünal, E., Aydın, R., Gökler, M. E., & Ünsal, A. (2017). Eating disorders and anxiety among high school students in Western area of Turkey. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4, 3513-20.
- Pursey, K., Stanwell, P., Gearhardt, A., Collins, C., & Burrows, T. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552-4590.
- Van Strien, T., Snoek, H.M., Van der Zwaluw, C.S., Engels, R.C. (2010). Parental Control and the dopamine D2 receptor gene (DRD2) interaction on emotional eating in adolescence. *Appetite*; 54:255-261.
- Vandenbergh DJ, Rodriguez LA, Miller IT, Uhl GR, Lachman HM. High-activity catechol-O-methyltransferase allele is more prevalent in polysubstance abusers. *Am J Med Genet* 1997; 74:439-442.
- Volkow ND, Wang G-J, Telang F, Fowler JS, Thanos PK, Logan J, et al. (2008). Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: possible contributing factors. *Neuroimage*, 42(4):1537-43.

- Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Tomasi, D., Baler, R., 2012, "Food and drug reward: Overlapping circuits in human obesity and addiction." *In C. S. Carter & J. W. Dalley (Eds.), Brain Imaging in Behavioral Neuroscience: Vol. 11.* pp. 1–24.
- Wang GJ, Volkow ND, Fowler JS. The role of dopamine in motivation for food in humans: implications for obesity. *Expert Opin Ther Targets* 2002; 6:601-609.
- Wilson, G.T., 2010, "Eating disorders, obesity and addiction" *Eur Eat Disord Rev*, (18):341-351.
- Womble, L.G., Williamson, D.A., Martin, C.K., Zucker, N.L., Thaw, J.M., Netemeyer, R. et al. (2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *Int J EatDisord*; 30:217-221.
- Zhao, Z., Ma, Y., Han, Y., Liu, Y., Yang, K., Zhen, S., & Wen, D. (2018). Psychosocial Correlates of Food Addiction and Its Association with Quality of Life in a Non-Clinical Adolescent Sample. *Nutrients*, 10(7), 837.
- Ziauddeen, H., Farooqi, I.S., Fletcher, P.C., 2012, "Food addiction: Is there a baby in the bathwater?" *Nature Review Neuroscience*, 13(7):514.

## 7. EKLER

### EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

#### ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME BAĞIMLILIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Sayın katılımcı anketimiz Sakarya Üniversitesi Aile hekimliği ABD. tarafından, üniversite öğrencilerinin yeme bağımlılığı ve ilişkili faktörler hakkındaki farkındalıklarını ölçmek için sadece bilimsel amaçlı hazırlanmıştır. Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasıyla olacaktır. İstedığınız zaman anketi doldurmayı bırakabilirsiniz. Ankete katılımınız için teşekkür ederiz.

- 1) Cinsiyetiniz:
  - (1) Kadın
  - (2) Erkek
- 2) Yaşınız: .....
- 3) Medeni durumunuz nedir?
  - (1) Hiç evlenmemiş
  - (2) Evli
  - (3) Boşanmış/Ayrılmış
  - (4) Eşi vefat etmiş
- 4) Boyunuz:
- 5) Kilonuz:
- 6) Fakülte/Bölümünüz: .....
- 7) Geldiğiniz Bölge?
  - (1) Akdeniz
  - (2) Ege
  - (3) Marmara
  - (4) Karadeniz
  - (5) İç Anadolu
  - (6) Doğu Anadolu
  - (7) Güneydoğu Anadolu
- 8) Nerede ve kiminle yaşıyorsunuz?
  - (1) Arkadaşlarıyla evde
  - (2) Özel yurt-Apart
  - (3) Devlet yurdu
  - (4) Pansiyon
  - (5) Ailem ile birlikte
  - (6) Yakınlarının yanında
  - (7) Yalnız evde
  - (8) Diğer
- 9) Barınma ve ulaşım giderleriniz dışında aylık harcamanız ne kadar?
  - (1) ≤ 500 TL
  - (2) 501-1000 TL
  - (3) 1001-1500 TL
  - (4) >1500 TL
- 10) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
  - (1) Evet
  - (2) Hayır
- 11) Okul başarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
  - (1) Çok kötü
  - (2) Kötü
  - (3) Orta
  - (4) İyi
  - (5) Çok iyi
- 12) Genellikle günde kaç ana öğün yiyorsunuz?
  - (1) Bir
  - (2) İki
  - (3) Üç
  - (4) Dört
  - (5) Beş ve daha fazla
- 13) Genellikle günde kaç ara öğün yiyorsunuz?
  - (1) Sıfır
  - (2) Bir-üç kez
  - (3) Dört veya daha fazla
- 14) Bir ana öğüne oturduğunuzda kaç dakikada yemeği bitirirsiniz?
  - (1) 20 dk'dan az
  - (2) 20-40 dk
  - (3) 40-60 dk
  - (4) 60 dk'dan fazla
- 15) Kilonuzdan ne derecede memnunsunuz?
  - (1) Hiç memnun değilim
  - (2) Memnun değilim
  - (3) Memnunum
  - (4) Çok memnunum

16) Bedeninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- (1) Çok zayıf
- (2) Zayıf
- (3) Normal
- (4) Hafif kilolu
- (5) Çok kilolu

17) Sigara kullanma durumunuz nedir?

- (1) Hiç kullanmadım
- (2) Kullanıyordum bıraktım
- (3) Ara sıra kullanıyorum
- (4) Sık ve düzenli kullanıyorum

Sigara içiyorsanız günde kaç paket ve kaç yıldır içiyorsunuz?

.....paket .....yıl

18) Alkol kullanma durumunuz nedir?

- (1) Hiç kullanmadım
- (2) Kullanıyordum bıraktım
- (3) Ara sıra kullanıyorum
- (4) Sık ve düzenli kullanıyorum

19) Bir hekim tarafından tanı konulmuş psikiyatrik (anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, depresyon, anksiyete, panik bozuklukluk, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk vb. gibi) bir rahatsızlığınız var mı?

- (1) Yok
- (2) Var

20) Bir hekim tarafından tanı konulmuş geçmeyen sürekli devam kronik bir hastalığınız (kansızlık, yüksek tansiyon, astım, KOAH, şeker hastalığı, kalp hastalığı, vb. gibi) var mı?

- (1) Var
- (2) Yok

21) Ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?

- (1) Hiç yapmıyorum
- (2) Haftada bir
- (3) Haftada 2-3 kez
- (4) Haftada 4-5 kez
- (5) Her gün

22) Son bir yıl içinde kilo vermeyi denediniz mi ?

- (1) Hayır
- (2) Evet

23) Gece uykudan uyanarak ya da akşam yemeğinden sonra yemek yeme sıklığınız nedir?

- (1) Hiç yemem
- (2) Ara sıra
- (3) Sıklıkla
- (4) Her gün

24) Fastfood (hazır yemek) yeme sıklığınız nedir?

- (1) Hiç yemem
- (2) Ara sıra
- (3) Sıklıkla
- (4) Her gün

## EK-2. MODİFİYE EDİLMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ SÜRÜM 2.0

### Düzenlenmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla ait yeme alışkanlıklarınızı sormaktadır. İnsanlar bazen BELİRLİ YİYECEKLERDEN ne kadar yediğini kontrol etmekte güçlük çekerler. Örneğin:  
-Dondurma, çikolata, tatlı çörek, kurabiye, kek, pasta, şeker gibi tatlılar  
-Beyaz ekmek, sandviç ekmeği, bazlama, makarna ve pirinç gibi nişastalı gıdalar  
-Cips, simit ve kraker gibi tuzlu atıştırmalıklar  
-Biftek, pastırma, hamburger, çizburger, pizza, pide, lahmacun, dürüm, börek ve patates kızartması gibi yağlı yiyecekler  
-Soda, limonata, spor içecekleri, enerji içecekleri ve kola gibi şekerli içecekler.  
Aşağıdaki sorularda "BELİRLİ YİYECEKLER" ifadesini gördüğünüzde lütfen yukarıda listelenenlere benzer herhangi bir yiyecek veya içeceği veya son bir yılda sorun yaşadığınız "DİĞER" yiyecekleri düşünün.

SON 12 AYDA	Hiç	2-3 ayda bir	Ayda bir	Ayda 2-3 kere	Haftada bir	Haftada 2-3 kez	Haftada 4-6 kez	Her gün
1. Kendimi fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum.								
2. Zamanımın önemli bir kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi halsiz ya da yorgun hissederek geçiriyorum.								
3. Yemeği aşırı kaçıracağım korkusuyla iş, okul veya sosyal aktivitelere gitmekten kaçındığım oluyor.								
4. Belirli yiyecekleri yemediğim için olumsuz duygular yaşayacaksam, kendimi daha iyi hissetmek için o yiyecekleri yiyorum.								
5. Yeme davranışım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.								
6. Yaşamımda yiyecek ve yemek konusunda önemli sorunlar yaşıyorum ve bunlar benim günlük hayatımda, işimde, okulumda, arkadaş ilişkilerimde, aile hayatımda veya sağlığımda sorunlar oluşturabiliyorlar.								
7. Aşırı yemek, ailemle ilgilenmemi ya da ev işlerimi yapmamı engelliyor.								
8. Yemek yemem duygusal sorunlara neden olmasına rağmen aynı şekilde yemeğe devam ediyorum.								
9. Aynı miktarda yemek bana eskiden olduğu kadar keyif vermiyor.								
10. Belirli yiyecekleri yemek konusunda başka hiçbir şeyi düşünmeyecek kadar kuvvetli isteğim oluyor.								
11. Bazı yiyecekleri yemeyi azaltmayı ya da bırakmayı deneyip başarısız oldum								
12. Yemek yemeyi düşünmek dikkatimi o kadar dağıtıyor ki bu yüzden zarar görebilirdim (örn; araba kullanırken, karşıdan karşıya geçerken, makine çalıştırırken).								
13. Ailem ve arkadaşlarım aşırı yemem konusunda endişe yaşıyorlar.								

## EK-3. MODİFİYE EDİLMİŞ YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ SÜRÜM 2.0 KULLANIMINA DAİR İZİN ONAYI

**Hasan Çetin Ekerbiçer** <hcekerbicer@sakarya.edu.tr>

14 Mar 2019 11:32



Alıcı: seydaseydahs

Sayın **Şeyda Tok**,

Tarafınızca Türkçeye uyarlaması yapılan "Modifiye Edilmiş Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Sürüm 2.0"ı tez danışmanı olduğum, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerimden Dr. Merve Öztatar' in uzmanlık tezinde eğer izin verirseniz kullanmak istemekteyiz. En kısa sürede sizden cevap beklemekteyiz.

Saygılarımla

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**seyda saglam** <seydaseydahs@gmail.com>

14 Mar 2019 15:23



Alıcı: ben

Tabii ki kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Saygılarımla

Uzm. Dr. **Şeyda TOK**

Hasan Çetin Ekerbiçer <hcekerbicer@sakarya.edu.tr>, 14 Mar 2019 Per, 11:33 tarihinde şunu yazdı:

...



## EK-4. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :71522473/050.01.04/ **164**  
Konu :Girişimsel Olmayan Etik Kurul  
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 16.05.2019 tarihli 164 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bağımlılığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.  
Bilgilerinize rica ederim.

  
Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Etik Kurulu Başkanı

24/05/2019

Y. DEMİR



Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEAC49V88>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya  
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629  
E-Posta: [tip@sakarya.edu.tr](mailto:tip@sakarya.edu.tr) Elektronik Aç : [www.tip.sakarya.edu.tr](http://www.tip.sakarya.edu.tr)



## ÖZGEÇMİŞ

### **I- Bireysel Bilgiler**

Adı-Soyadı: MERVE ÖZTATAR

Doğum yeri ve tarihi: KADIKÖY, 20.10.1989

Uyruğu: TC

Medeni durumu: BEKAR

İletişim adresi ve telefonu: merveoztatar@gmail.com

Yabancı dili: İNGİLİZCE

### **II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)**

2016- SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. AİLE HEKİMLİĞİ AD.

20012-2014 DÜZCE FAKÜLTESİ,

2008-2012 MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

2003-2007 MUSTAFA SAFFET ANADOLU LİSESİ

1998-2004 BOSTANCI İLK OKULU

1996-1998 23 NİSAN ZEHRA HANIM İLKÖĞRETİM OKULU

### **III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)**

DOKTOR

### **IV- Mesleki Deneyimi**

### **V- Diğer Bilgiler**