

**Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde Öğrenim Gören
Öğrencilerin Yeme Bağımlılığı, Yeme Davranışı ve
Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi**

Gülhan Şengör

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve
Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ađustos 2018
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkan
Vekili

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Halit Tanju Besler

2. Prof. Dr. Hülya Gökmen Özel

3. Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer

ÖZ

Yeme bağımlılığı madde bağımlılığına benzer biyolojik ve davranışsal özellikler göstermektedir. Yeme bağımlılığı, yeme bozukluğu ve obezite birbirini tetikleyen etkenlerdir. Çalışmanın amacı 18-25 yaş arası üniversite öğrencilerinde yeme bağımlılığı, yeme davranışı ve beslenme durumlarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışma rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenmiş 370 Doğu Akdeniz Üniversitesi öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Yeme bağımlılığı Yale Yeme Bağımlılığı Ölçütü (YFAS), yeme davranış bozukluğu Yeme Tutum Testi (EAT-26) ile, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi tekniğine uygun olarak ölçülmüştür. Bireylerin beslenme durumları miktarlı besin tüketim sıklığı kaydı ile alınmıştır.

Bu çalışma sonuçlarına göre bireylerin %21.1'ine yeme bağımlılığı tanısı konulmuştur ve yeme bağımlılığı tanısı olanların %66.7'si kadınlardır. YFAS 'a göre yeme bağımlılığı olan bireyler potansiyel bağımlılık yaratan besinlerden en çok çikolata/gofret, ardından cips ve kola/gazozu tercih etmişlerdir. Öğrencilerin %35.7'sinde yeme bozukluğu riski yüksektir. Yeme bağımlılığı olanların oranı yeme bozukluğu riski yüksek olanlarda (%32.6), yeme bozukluğu riski düşük olanlara (%14.7) göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Toplam YFAS puanları ile EAT-26 puanları arasında aynı yönlü doğrusal zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Yeme bağımlılığı ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı değerleri arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). YFAS puanları ile günlük enerji, yağ, karbonhidrat, sükröz, doymuş, çoklu doymuş ve tekli doymuş yağ alım miktarları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin toplam EAT-26 puanları ile günlük enerji, karbonhidrat, sükroz ve posa alım miktarları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Yeme bağımlılığı, yeme davranış bozukluğu ve beslenme durumu ilişkisini irdeleyen bireylerin vücut bileşimlerinin, egzersiz ve aktivite durumlarının, psikolojik ve ekonomik durumlarının da değerlendirildiği daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip farklı popülasyon grupları ile de çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Yeme Bağımlılığı, Yeme Bozukluğu, Beslenme Durumu, Antropometrik Ölçümler, Obezite.

ABSTRACT

Food addiction has similar biological and behavioural properties like substance addiction. Food addiction, eating disorder and obesity are factors that trigger each other. The aim of this study was to examine the relationship among food addiction, eating disorder and nutritional status in 370 Eastern Mediterranean University students, aged between 18 and 25 years. The study was conducted by random sampling technique. Food addiction was assessed by using Yale Food Addiction Scale (YFAS), eating disorder was assessed by Eating Attitude Test (EAT-26), weight, height, waist and hip circumferences were measured according to suitable technique. Nutritional status of the individuals was assessed by using the Food Frequency Questionnaire.

According to the study results %21.1 of the students was diagnosed as food addicted and %66.7 of these students were women. Problematic foods, in other words potentially addictive foods were examined by YFAS and accordingly it was found that chocolate/cookies, followed by chips and coke/soda were the most preferable foods by food addicted individuals. It was found that %35.7 of the individuals had high risks of eating disorder. Overall, the ratio of food addiction was higher in those with high risk of eating behavior disorder (32.6%) than those with low risk of eating disorder (14.7%) ($p < 0.001$). There was a linear weak correlation between total YFAS scores and EAT-26 scores ($p < 0.001$). There was a linear weak correlation between food addiction and weight, BMI, waist circumference, hip circumference and waist/hip ratio ($p < 0.05$). There was a positive weak relationship between YFAS scores and daily energy, fat, carbohydrate, sucrose, saturated, monounsaturated and

polyunsaturated fat intakes ($p < 0.05$). In addition, there was a negative weak relationship between EAT-26 scores and daily energy, carbohydrate, sucrose and fibre intakes ($p < 0.05$).

Further study should also be conducted with different population groups and with a larger sample size in which the body composition, exercise and activity status, psychological and economic status of individuals are assessed while evaluating food addiction, eating disorder and nutritional status.

Keywords: Food addiction, Eating Disorder, Nutritional Status, Anthropometric Measurements, Obesity.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xii
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Kuramsal Yaklaşım.....	1
1.2 Amaç ve Hipotez.....	2
2 GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Yeme Bağımlılığı.....	3
2.2 Yeme Bağımlılığı ve Obezite.....	5
2.3 Yeme Bağımlılığı ve Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki.....	7
2.4 Yeme Bağımlılığı ve Beslenme.....	9
3 YÖNTEM.....	12
3.1 Araştırma Planı, Evren ve Örneklem.....	12
3.2 Yöntem ve Teknikler.....	12
3.2.1 Genel Bilgiler ve Beslenme Alışkanlıkları.....	13
3.2.2 Antropometrik Ölçümler.....	13
3.2.3 Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS).....	14
3.2.4 Yeme Tutum Testi (EAT-26).....	16
3.2.5 Miktarlı Besin Tüketim Sıklığı Kaydı.....	17
3.2.6 İstatistiksel Değerlendirme.....	18
4 BULGULAR.....	19

4.1 Genel Özellikler.....	19
4.2 Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu.....	20
4.3 Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumuna göre Beslenme Alışkanlıkları.....	24
4.4 Antropometrik Ölçümlere göre Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu.....	28
4.5 Besin Tüketimi, Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu.....	32
4.6 Yeme Bağımlılığı, Yeme Bozukluğu, Besin Tüketimi ve Antropometrik Ölçüm İlişkisi.....	41
5 TARTIŞMA.....	67
5.1 Genel Özellikler.....	67
5.2 Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu.....	67
5.3 Antropometrik Ölçümlere göre Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu.....	72
5.4 Besin Tüketimi, Beslenme Alışkanlıkları, Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu.....	75
6 SONUÇLAR.....	84
7 ÖNERİLER.....	86
KAYNAKLAR.....	87
EKLER.....	103
Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	104
Ek 2: Etik Kurul Onay Belgesi.....	106
Ek 3: Anket Formu.....	107

KISALTMALAR

AN	Anoreksia Nervoza
BED	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
BKİ	Beden Kütleye İndeksi
BN	Bulimia Nervoza
ÇYA	Çoklu Doymamış Yağ Asidi
DSM-IV	Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı IV
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAT-26	Eating Attitudes Test-26
S	Sayı
SS	Standart Sapma
TÖBR	Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi
YB	Yeme Bağımlılığı
YDB	Yeme Davranış Bozukluğu
YFAS	Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği
YTT	Yeme Tutum Testi
\bar{x}	Ortalama

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Öğrencilerin sağlık durumları.....	19
Tablo 2: Sigara içen ve alkol tüketen birey sayısı ve ortalama tüketim miktarları.....	20
Tablo 3: Toplam YFAS ve EAT-26 puanlarının cinsiyete göre dağılımı.....	20
Tablo 4: YFAS kriterlerinin karşılanma durumuna göre dağılımı.....	21
Tablo 5: Bireylerin yeme bağımlılığı ve yeme bozukluğuna göre dağılımı.....	22
Tablo 6: YFAS'a göre bireylerin günlük ana ve ara öğün sayısı.....	23
Tablo 7: YFAS'a göre bireylerin öğün atlama durumu dağılımı.....	24
Tablo 8: Bireylerin YFAS'a göre öğün atlama nedenleri dağılımı.....	24
Tablo 9: Bireylerin YFAS'a göre ev dışında yemek yeme dağılımı.....	25
Tablo 10: Bireylerin EAT-26'ya göre ev dışında yemek yeme dağılımı.....	25
Tablo 11: EAT-26'a göre bireylerin günlük ana ve ara öğün sayısı.....	25
Tablo 12: EAT-26'ya göre bireylerin öğün atlama durumu dağılımı.....	26
Tablo 13: Bireylerin EAT-26'ya göre öğün atlama nedenleri dağılımı.....	26
Tablo 14: YFAS ve cinsiyete göre antropometrik ölçümlerin dağılımı.....	28
Tablo 15: EAT-26 ve cinsiyete göre antropometrik ölçümlerin dağılımı.....	28
Tablo 16: YFAS'a göre BKİ sınıflaması dağılımı.....	29
Tablo 17: EAT-26'a göre BKİ sınıflaması dağılımı.....	29
Tablo 18: Toplam YFAS ve EAT-26 puanlarının BKİ sınıflamasına göre dağılımı.....	30
Tablo 19: Bireylerin YFAS ve cinsiyete göre günlük enerji ve besin ögesi tüketim miktarları.....	33
Tablo 20: Bireylerin YFAS ve cinsiyete göre TÖBR'e göre günlük enerji ve besin ögesi gereksinim karşılanma oranları.....	34

Tablo 21: Bireylerin YFAS ve cinsiyete göre besin grupları günlük tüketim miktarları (g/gün).....	35
Tablo 22: Bireylerin EAT-26 ve cinsiyete göre günlük enerji ve besin ögesi tüketim miktarları.....	37
Tablo 23: Yeme bozukluğu olan kadın ve erkek bireylerin TÖBR'e göre günlük enerji ve besin ögesi gereksinimin karşılanma oranı.....	38
Tablo 24: Yeme davranış bozukluğu riski ve cinsiyete göre besin grupları günlük tüketim miktarları (g/gün).....	39

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bireylerin cinsiyetlere göre yeme bağımlılığı dağılımı.....	21
Şekil 2: Bireylerin cinsiyetlere göre yeme bozukluğu dağılımı.....	22
Şekil 3: YFAS ve EAT-26 ilişkisi.....	23
Şekil 4: Sorun yaşanan besinlerin bireyler tarafından tercih edilme sıklığı.....	31
Şekil 5: Vücut ağırlığı ile yeme bağımlılığı ilişkisi.	40
Şekil 6: YFAS toplam puanları ve BKİ ilişkisi.....	41
Şekil 7: YFAS puanları ile bel çevresi ilişkisi.....	42
Şekil 8: Bireylerin YFAS puanları ve kalça çevreleri arasındaki ilişkisi.....	43
Şekil 9: Bireylerin bel/kalça oranı ile YFAS puanları ilişkisi.....	44
Şekil 10: EAT-26 toplam puanları ile bireylerin vücut ağırlığı ilişkisi.....	45
Şekil 11: EAT-26 toplam puanları ve BKİ ilişkisi.....	46
Şekil 12: Bireylerin bel çevresi ile EAT-26 puanları ilişkisi.....	47
Şekil 13: Bireylerin kalça çevre ölçümleri ile EAT-26 puanları ilişkisi.....	48
Şekil 14: Bireylerin EAT-26 puanları ile bel/kalça oranları ilişkisi.....	49
Şekil 15: Bireylerin günlük enerji alımı ile yeme bağımlılığı ilişkisi.....	50
Şekil 16: Bireylerin günlük karbonhidrat alımı ile yeme bağımlılığı ilişkisi.....	51
Şekil 17: Bireylerin günlük posa alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi.....	52
Şekil 18: Bireylerin günlük şükroz alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi.....	53
Şekil 19: Bireylerin günlük yağ alım miktarı ile yeme bağımlılığı ilişkisi.....	54
Şekil 20: Bireylerin günlük doymuş yağ alımları ile yeme bağımlılığı ilişki.....	55
Şekil 21: Günlük çoklu doymamış yağ alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi.....	56
Şekil 22: Günlük tekli doymamış yağ alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi.....	57
Şekil 23: Bireylerin günlük enerji alımı ile yeme bozukluğu ilişkisi.....	58

Şekil 24: Bireylerin günlük karbonhidrat alımı ile yeme bozukluğu ilişkisi.....	59
Şekil 25: Bireylerin günlük posa alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.....	60
Şekil 26: Bireylerin günlük sükroz alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.....	61
Şekil 27: Bireylerin günlük yağ alımları ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki.....	62
Şekil 28: Bireylerin günlük doymuş yağ alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.....	63
Şekil 29: Bireylerin günlük çoklu doymamış yağ alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.....	64
Şekil 30: Bireylerin günlük tekli doymamış yağ alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.....	65

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşım

Dünyada yeme bozukluğu ve kilolu birey oranı her yıl artmaktadır (NEDA, 2018; WHO, 2017). Bu iki sorunun ortak noktalarından biri ise yeme bağımlılığıdır. Obezitenin nedenlerinden birinin yeme bağımlılığı olduğu öngörülmektedir (Hebebrand, et al., 2014; Long, Blundell, & Finlayson, 2015). Ayrıca, yeme bozukluğu olan bireylerin birçoğunun madde bağımlısı olduğu ve yeme bozukluğu olan bireylerle yeme bağımlısı olan bireylerin ortak davranışsal ve nörolojik özellikler gösterdikleri bilinmektedir (NEDA, 2018; Schulte, Avena, & Gearhardt, 2015). Yeme bağımlılığı prevalansının yeme bozukluğu olan bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Granero, et al., 2018). Yapılan benzer bir çalışmada yeme bağımlılığı tanısı almış bireylerin olmayanlara kıyasla BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu ve yeme bağımlılığı olan kadınların olmayanlara kıyasla günlük enerji, protein ve yağ alımlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ayaz, et al., 2018). Ayrıca üç günlük besin tüketim kaydı alınan yeme bağımlısı şizofrenik bireylerde yeme bağımlısı olmayanlara kıyasla günlük diyetlerinde daha fazla enerji, karbonhidrat ve yağ alımlarının anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Küçükerdönmez, Urhan, Altın, Haciraifoğlu, & Yıldız, 2017). Yeme bozukluğunun üniversite öğrencilerinde daha yaygın olması ve üniversite öğrencilerinin bağımlılık özellikleri taşıyan yüksek enerjili, hazır yiyeceklere daha fazla maruz kalmalarından dolayı, yeme bağımlılığının gelişmesi diğer yaş gruplarına göre daha fazla

beklenmektedir (Yu, et al., 2018). Bu yüzden çalışma üniversite öğrencileri ile yapılmıştır. Literatürde benzer çalışmalar olmasına rağmen, üniversite öğrencilerine yönelik yeme bağımlılığı, yeme bozukluğu, vücut bileşimi, beslenme durumunun saptanması ve bunların kıyaslanması tek bir çalışma içerisinde rastlanmamıştır. Üniversite öğrencilerinde bu etkenlerin ve ilişkilerinin belirlenmesi yaşam kalitesi ve toplumun geleceği bakımından önemlidir.

1.2 Amaç ve Hipotez

Amaç:

Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde yeme bağımlılığı, yeme davranışı ve beslenme durumunun ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Hipotez:

H₀: Üniversite öğrencilerinde yeme bağımlılığı, yeme bozukluğu ve beslenme durumu arasında ilişki yoktur.

H₁: Üniversite öğrencilerinde yeme bağımlılığı, yeme bozukluğu ve beslenme durumu arasında ilişki vardır.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Yeme Bağımlılığı

Ulusal İlaç Suistimali Enstitüsü'nün (National Institute on Drug Abuse-NIDA) tanımıyla bağımlılık, zarar veren sonuçları olmasına rağmen, zorlayıcı madde arayışı ve kullanımı ile karakterize, kronik, tekrarlayan bir hastalıktır (NIDA, 2014). Yeme bağımlılığı terimi ilk olarak 1956'da Theron Randolph tarafından madde temelli ve davranışsal bağımlılık kavramlarının birleşimi olarak bilimsel literatürde tanımlanmıştır (Hebebrand, et al., 2014; Meule & Gearhardt, 2014). Bu yapılan ilk yeme bağımlılığı tanımı bazı besinlerin bireylerde diğer bağımlılık süreçleriyle benzer semptomlar oluşturduğunu önermektedir ve bu tanım üzerine araştırmacılar madde ve besinlerin insanlar üzerinde ortak biyolojik ve davranışsal etkilerini araştırmaya başlamışlardır (Long, Blundell, & Finlayson, 2015; Ruddock & Hardman, 2017). Son yıllarda kompulsif aşırı yeme ile psikoaktif madde bağımlılığı arasındaki nörobiyolojik ve davranışsal benzerlikler yeme bağımlılığı kavramının netleşmesine neden olmuştur (Pedram, et al., 2013). Yeme bağımlılığı kavramı bazı besinlerin bağımlılık potansiyeline sahip olabileceği ve bazı aşırı yeme biçimlerinin bağımlı bir davranışı temsil edebileceği fikrini içermektedir (Meule A. , 2015). Spesifik bir besinin tüketimini kısıtlamak ona karşı olan isteği artırmaktadır ve bu istek arttıkça sonrasında kısıtlanan besinin aşırı tüketilmesine neden olmaktadır, böylelikle yeme bağımlılığı oluşmaktadır (Long, Blundell, & Finlayson, 2015). Bunun dışında “Yeme Bağımlılığı” teorileri bazı işlenmiş besinlerin bağımlılık

potansiyeline sahip olabileceği, obezite ve yeme bozukluklarının bazı türlerinin bu besinlere karşı oluşabilecek bağımlı yanıt sonucu gelişebileceği öngörülmektedir (Gearhardt, Boswell, & White, 2014). Yeme davranış bozukluğu, özellikle tikanırcasına yeme bozukluğu (BED), yeme bağımlılığı ile ilgili olduğu saptanmıştır. Özellikle kilolu bireylerde BED ve yeme bağımlılığı bir arada yaygın olarak görülmektedir (Ivezaj, White, & Grilo, 2017).

Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabına (DSM) göre bağımlılık bir psikolojik bozukluk olarak tanımlanmıştır, fakat olumsuz sonuçlarına rağmen tüketmeye devam etmek gibi ortak özellikleri olan yeme bağımlılığı DSM’de tanımlanmamıştır (Pedram & Sun, 2014). Yeme bağımlılığı semptomlarının karışık tanımlarını engellemek ve yeme bağımlılığının değerlendirilmesi için standart bir ölçek oluşturmak amacıyla Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS) geliştirilmiştir (Meule & Gearhardt, 2014). YFAS, DSM-IV’ün madde bağımlılığı kriterleri baz alınarak hazırlanmıştır ve yeme bağımlılığını özel olarak değerlendiren bir ölçektir (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014; Long, Blundell, & Finlayson, 2015). YFAS, bir yeme bağımlılığı semptom puanı ve tanı içeren iki puanlama seçeneği kullanır (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014). Bireylere DSM-IV tanı kriter sayısı ile uyumlu olarak sıfırdan yediye bir semptom puanı verilir ve buna ek olarak, geleneksel madde bağımlılığının DSM-IV teşhisi doğrultusunda, üç veya daha fazla semptomu destekleyen, ve buna ek klinik bozulma kriterlerini karşılayan bireylere yeme bağımlılığı teşhisi konulur (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014). YFAS bağımlılık benzeri yeme davranışının madde bağımlılığı için tanı kriterlerine dayanılarak onaylanmış bir ölçüt sağlamak için DSM-IV’e göre maddeye bağlı ve bağımlılık bozuklukları bölümünde önemli

değişiklikler yapılarak DSM-V'de ilk kez davranışsal bağımlılıkların varlığı kabul edilmiştir (Davis, Levitan, Kaplan, Kennedy, & Carter, 2014; Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2016). YFAS'ın DSM-V'deki madde kullanım bozukluğu için on bir teşhis kriterine dayanan yeni bir versiyonu geliştirilmiştir (YFAS 2.0) (Meule, Müller, Gearhardt, & Blechert, 2017). YFAS puanları, ödül işlev bozukluğu, duygusal düzenleme zorlukları ve dürtüsellik ve bağımlılık eğiliminin genetik belirteçleri gibi bağımlılık bozukluklarında rol oynayan mekanizmalar ile ilişkilendirilmiştir (Schulte & Gearhardt, 2017).

2.2 Yeme Bağımlılığı ve Obezite

Obezite, vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır ve sağlıkta bozulmaya neden olabilir (WHO, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2016 yılında 18 yaş ve üzeri 1.9 milyardan fazla yetişkin kilolu ve bunun 650 milyondan fazlası obezdir (WHO, 2017). Belirli besinlere bağımlılığın, aşırı yeme ve buna bağlı olarak obeziteyle ilişkili bir etken olabileceği öne sürülmektedir (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014).

Vücut ağırlığı artışı genellikle, bireyin biyolojisi ile enerji fazlalığına yol açan çevresel etkenler arasındaki karmaşık bir etkileşimin bir sonucudur. Bu enerji fazlalığının başlıca nedenleri fiziksel aktivite düzeyinin azalması ve aşırı yemektir. Bir dereceye kadar aşırı yeme, birçok insanda görülebilir, fakat belli bir miktarın üzeri, bazı besinlere karşı saplantılı/zorlayıcı bir ilişki geliştirebilir (Pedram, et al., 2013). Elde edilen sonuçlara göre, enerji kaynakları olduğunda biyolojik olarak aşırı yemeye yatkınlığı artırmaktadır (Davis C. , 2013). Bu bireyler, sağlıklı kalabilmek için gerek duyulan miktarlardan, kronik olarak daha fazla beslenip ve yeme kontrolünü kaybetme ile ilişkili zorlayıcı besin alım davranışları göstermektedirler

(Pedram, et al., 2013). Dolayısıyla hem somatik hem de psikiyatrik bozukluklar obezite ile ilişkilidir (Hebebrand, et al., 2014). Kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet gibi obezite ile ilişkili kronik koşulların artmış riski yanında, yaşam kalitesinin azalması ve obezite ile ilgili toplumsal damgalamayı da içeren psikolojik etkiler göz önüne alındığında obezite çok boyutlu, önemli bir kavramdır (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014). Dünya çapında son 10 yılda obezite prevalansındaki artış ile birlikte, "yeme bağımlılığı" kavramı, psikolojik etkenlerin ağırlık artışı üzerindeki olası etkilerinin araştırılmasına neden olmuştur (Hebebrand, et al., 2014).

Modern "obezojenik" ortam, küreselleşen besin endüstrisinin üretimi ve satışları artırmaya yönelik çabalarını yansıtan, lezzetli, enerji değeri yüksek ve ucuz besinlerin her yerde bulunabilmesi ile karakterize edilmektedir (Hebebrand, et al., 2014). Zorlayıcı aşırı yeme durumlarındaki güçlü motivasyonun, bağımlılık yapma potansiyeline sahip tatlı, tuzlu ve yağlı besinlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Dimitrijeviü, Popoviü, Sabljak, Škodriü-Trifunoviü, & Dimitrijeviü, 2015). Özellikle, yakın zamanda yapılan araştırmalar, lezzetli ve enerji değeri yüksek besinlerin bağımlılık potansiyelinin olabileceğini göstermektedir (Lerma-Cabrera, Carvajal, & Lopez-Legarrea, 2016). Yeme bağımlılığı yüksek BKİ ile ilişkilendirilmektedir (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014; Gearhardt, Boswell, & White, 2014; Schulte, Avena, & Gearhardt, 2015). Yeme davranışı ile ağırlık artışı arasında potansiyel bir ilişki olabileceği gösterilmektedir (Lerma-Cabrera, Carvajal, & Lopez-Legarrea, 2016).

2.3 Yeme Bağımlılığı ve Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki

Yeme bozuklukları, değişmiş besin tüketimi veya emilimi ve fiziksel veya psikolojik işlev bozukluğuna neden olan kalıcı, rahatsız edici yeme davranışları olarak tanımlanır (Yu & Tan, 2016). DSM-V'e göre yeme bozuklukları; anoreksia nervoza (AN), bulimia nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (BED), belirtilen diğer beslenme veya yeme bozukluğu (çıkartma bozukluğu, subklinik sendromlar) ve belirtilmemiş beslenme veya yeme bozukluğu'nu içerir (Hoek & Van Elburg, 2014). AN, ciddi besin kısıtlamalarının müshil davranışlarla desteklenmesini içerir. BN ise, besin kısıtlamalarını zorlayıcı aşırı yemek yeme ve ardından buna bağlı kusmanın gelmesini içermektedir (Rodríguez, Salar, Carretero, Gimeno, & Collado, 2015). BED ise tekrarlayan aşırı yemek yenmesi, aşırı yeme konusunda belirgin sıkıntı ve aşırı yemeye bağlı kilo alımı ile ilgili herhangi bir telafi edici davranışın olmaması ile karakterizedir (Reas & Grilo, 2015).

Yeme bozuklukları yaygın olarak ergenlik çağında ve genç yetişkinlik döneminde başlamaktadır. Örneğin kolej için evden ayrılmak gibi stresli dönemlerde başlar ve araştırmalar, üniversite öğrencileri arasında yeme bozukluğu prevalansının %8-20.5 arasında olduğunu göstermiştir. Diyet, yemek yememe, kusma ve laksatif suistimali gibi sağlıksız yeme alışkanlıkları, düzensiz yeme davranışlarının gelişimini etkileyebilecek etkenlerdir (Yu & Tan, 2016).

Yeme bozukluğu ve madde bağımlılığı arasındaki benzerlikler, yeme bağımlılığı hipotezine destek sağlamaktadır. Örneğin, hem BED hem de madde bağımlılığı teşhisi, besin alımı üzerindeki kontrol kaybını ve besin tüketimini bırakmak istenmesine rağmen bırakamamayı yansıtan yapıları içermektedir. İştah artışı,

olumsuz sonuçlarına rağmen kullanma veya tüketmeye devam etmek, duygusal olarak tetiklenen ataklar gibi etkenler de klinik olarak yeme ve bağımlılık bozukluklarıyla ilişkilidir (Gearhardt A. N., White, Masheb, & Grilo, 2013). BED'li obez yetişkinlerle yapılan bir çalışmada bireylerin yaklaşık %50'si YFAS ile yeme bağımlılığı tanısı almıştır ve bu bireylerin yeme bağımlılığı tanısı almayan BED'li obez yetişkinlerden daha fazla yeme ile ilişkili ve genel psikopatoloji gösterdiği saptanmıştır (Meule A. , 2015). Yapılan başka bir çalışmada ise BN'li bireylerin %100'ü yeme bağımlılığı kriterlerini karşılarken, gerilemiş BN'li bireylerin %30'unun kriteri karşıladığı saptanmıştır (Yu & Tan, 2016).

Obezite ve tıkanırmasına yeme bozukluğu olan bireylerde, yeme kalıpları, davranışsal ve nörobiyolojik düzeyde madde kullanım bozukluklarına benzerlikler gösteren bağımlılık özelliklerini gösterebilir (Meule, von Rezori, & Blechert, 2014). Yeme bağımlılığı ve tıkanırmasına yeme arasında büyük örtüşme olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. BED'li olan obez kişiler yürütülen bir çalışmada %56.8'i yeme bağımlılığı ölçütlerini karşılamakta benzer başka bir çalışmada BED'li obez bireylerin % 41.5'i kriterlere uymaktadır (Yu & Tan, 2016).

Yapılan bir hayvan çalışması tıkanırmasına yeme ve bağımlılık benzeri yemek yeme arasında bir ilişki olduğunu önermektedir. Çalışmanın içeriğine bakıldığında oldukça lezzetli veya işlenmiş bileşenlerden oluşan (örneğin şeker, yağ) besinlerden fazlaca verilen sıçanlar, kısa sürede fazla miktarda besin tüketmek ve negatif sonuçlarına (elektrikli ayak şokları) rağmen, yüksek işlenmiş besinleri arayıp bulmak gibi tıkanırmasına yeme davranışları sergiledikleri gözlemlenmiştir. Bu davranış değişiklikleri ile birlikte, sıçanlar, dopamin D2 reseptörünün mevcudiyetinde azalma gibi madde bağımlılığı ile ilişkili sinirsel değişiklikler sergilemişlerdir. Bu bulgular,

yüksek oranda işlenmiş besinlerin bazı kişiler için sorunlu yemenin temelini oluşturan bağımlılık özelliklerine sahip olabileceğini düşündürmektedir (Gearhardt, White, & Potenza, 2011).

2.4 Yeme Bağımlılığı ve Beslenme

Bazı spesifik besinlerin bağımlılık potansiyeline sahip olabileceği ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi aşırı miktarda yeme veya obezitenin bağımlı bir davranış biçimini temsil edebileceği öngörülmektedir (Meule & Gearhardt, 2014). Yağ, şeker, tuz, çeşni, ve gıda katkı maddelerinin yüksek düzeylerde bulunduğu aşırı lezzetli besinlerin şeker ve yağdan zengin besinler özellikle bağımlılık benzeri yeme davranışıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Pedram, et al., 2013).

İnsanlarda besin alımı regülasyonu açlık ve tokluk sinyalleriyle kontrol edilen karmaşık bir geribildirim sisteminden oluşmaktadır. Bu sinyaller homeostatik ve hedonik yolları içeren iki tamamlayıcı dürtüyle beyin, periferal doku ve/veya organlarda oluşmaktadır. Hedonik veya ödül temelli regülasyon hem madde maruziyetinde hem de lezzetli-işlenmiş besin tüketiminde uyarılan mezolimbik dopamin yolu ile ilintilidir (Pedram & Sun, 2014). Buna göre insan çalışmalarında yeme bağımlılığındaki besin alım deseninin madde bağımlılığına paralel olabileceği ve bu olgunun konvansiyonel madde bağımlılığı ile aynı nörobiyolojik, davranışsal ve klinik çerçevede anlaşılabilirliği ileri sürülmüştür (Pedram, et al., 2013). Bunu destekleyecek şekilde işlenmiş besin tüketen hayvanlarda davranışsal (bırakma, tolerans, tıknıma gibi) ve biyolojik (dopaminerjik düzey indirgeme, opioid salınımı gibi) bağımlılık belirteçleri bulunmuştur (Gearhardt, Boswell, & White, 2014). Farklı nörotransmitterler (örneğin; dopamin, glutamat, norepinefrin) bağımlılığın gelişimi veya durumunu veya bağımlılığını etkilemektedir (Albayrak, Wölfler, & Hebebrand,

2012). Özellikle beynin motivasyon ve ödüllendirme sistemlerinin bir parçası olan ve bir nörotransmitter olarak bilinen dopaminin besin tüketimi ve madde kullanımı sırasındaki beyin işleyişindeki benzerlikleri vurgulanmaktadır (Dimitrijeviü, Popoviü, Sabljak, Škodriü-Trifunoviü, & Dimitrijeviü, 2015). Dopaminerjik sistemde ödüllendirme ve motive edilmiş davranış da dahil olmak üzere çok sayıda davranış yer almaktadır (Lerma-Cabrera, Carvajal, & Lopez-Legarrea, 2016). Besin tüketimi veya madde kullanımı gibi keyif verici aktiviteler, dopaminin orta beyindeki beyinin ödül merkezine salınmasını tetiklemektedir. Bu dopamin salınımı, bu faaliyetlerin yinelenmeye değer olduğunu belirtmektedir. Buna göre, besinin veya maddenin aşırı tüketimi bireylerin davranışlarına hükmederek dopaminerjik sistemde bozunmalara yol açabilmektedir. Bu maddelerin çoğu doğrudan dopamin ödül yoluna etki etse de, tekrarlanan karbonhidrat ve şeker alımı insülin ve glukoz salgılanmasını arttırarak dolaylı olarak dopamin ödül yoluna etki etmektedir. Bununla birlikte opioid nörotransmitter sistemi, yemeğin lezzetlilik ve zevk etkilerini ödül sistemi ile ilişkilendirmektedir (Lee, Carter, Owen, & Hall, 2012).

YFAS ile yeme bağımlılığı teşhisi konulan bireylerde beyin dopamin aktivitelerinde düşüşler saptanmıştır (Schulte, Avena, & Gearhardt, 2015; Lee, et al., 2013). Benzer şekilde, insan çalışmaları, obez kişilerin ödül duyarlılığı, şartlandırma ve kontrol ile ilişkili nöronal sistemleri düzenleyen dopaminerjik yollarda bozulmalara sahip olabileceğini göstermiştir (Albayrak, Wölfler, & Hebebrand, 2012). Ayrıca, aşırı tüketim ödül için artan motivasyonel bir önem kazanmaya da katkıda bulunur. Bu da dopaminin azalışı ile birlikte söz konusu madde için “istemek” veya yoğun bir arzu geliştirir. Dolayısıyla, aşırı arzu, özellikle yoksunluğu takiben nüksetme riskini

artırdığı için, bağımlılık sürecinin önemli bir bileşenidir (Davis, Levitan, Kaplan, Kennedy, & Carter, 2014).

Sürekli aşırı yeme, bağımlılık davranışı olarak görülebilmektedir. Hem leptin hem de grelin, besin alımı ve enerji homeostazının hipotalamik düzenlenmesini etkileyen hormonlardır ve sırasıyla doygunluk ve açlığı artırmaktadırlar. Ghrelinin dopaminerjik ödül sistemi bileşenleri (örn. VTA ve Nacc) üzerinde etkisi olduğunu belirtilmektedir. Her iki hormon da alkol ve madde krizlerinde rol almaktadır. Bu nedenle bu hormonların 'kimyasal' ve davranışsal yeme bağımlılığı arasındaki biyolojik bağlantıyı oluşturduğu kabul edilebilir (Albayrak, Wölfle, & Hebebrand, 2012).

Yapılan bir çalışmada YFAS ölçeğini dolduran bireylere, hangi besinleri düşünerek doldurdukları sorulmuştur ve sonuçlarda ilk on besinin yüksek miktarda yağ ve rafine edilmiş karbonhidrat/şekerden (ör. çikolata, pizza, kek) oluştuğu bulunmuştur (Schulte, Avena, & Gearhardt, 2015). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise hastaların %60.6'sına yeme bağımlılığı teşhisi konmuştur ve bu bireylerin yeme bağımlısı olmayan bireylere kıyasla enerji değeri daha yüksek, karbonhidrat ve yağ içeriği daha yüksek olan besinleri tükettikleri belirtilmiştir (Küçükdönmez, Urhan, Altın, Hacıraifoğlu, & Yıldız, 2017).

Yapılan bu kesitsel çalışmada, 18-25 yaş arası üniversite öğrencilerinde, yeme bozukluğu ve yeme bağımlılığı durumu beslenme durumu ve bunlar arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Bölüm 3

YÖNTEM

3.1 Araştırma Planı, Evren ve Örneklem

Bu araştırma 2017-2018 akademik yılı bahar döneminde Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde yürütülmüştür. Araştırma evrenini Doğu Akdeniz Üniversitesi 2017-2018 akademik yılında kayıtlı öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem sayısı basit rastgele örnekleme yöntem kullanarak %95 güven aralığı ve %5 örnekleme hatası ile hesaplanmış olup kampüste merkezi dersliklerde çalışmaya katılmayı kabul eden 370 öğrenci ile yürütülmüştür. Öğrencilere ankete başlamadan önce Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurtulmuştur (Ek 1). Bu çalışma, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından 06.11.2017 tarihli 2017/50-36 sayılı karar ile onaylamıştır (Ek 2).

3.2 Yöntem ve Teknikler

Bu çalışmada belgesel kaynak analizi, betimleme yöntemi ve istatistiksel yöntem kullanılmıştır. Çalışmada 'Anket Yolu ile Bilgi Toplama', 'Teke Tek Görüşmeler Yolu ile Bilgi Toplama', 'Konuyla İlgili Belgeler/Yayınlar Yolu ile Bilgi Toplama' teknikleri kullanılmıştır. Teke tek görüşme yolu ile bilgi toplama tekniği kullanılarak öğrencilerin genel özellikleri, beslenme alışkanlıkları, "Yeme Bağımlılığı Ölçeği" ve "Yeme Tutum Testi-26"yı kapsayan anket formu uygulanmıştır (Ek 3). Ayrıca bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi ölçümleri yapılmıştır.

3.2.1 Genel Bilgiler ve Beslenme Alışkanlıkları

Genel bilgiler kısmında, yaş, cinsiyet ve bireyin sağlık sorunu ve buna bağlı beslenme tedavisi alma durumu, alkol ve sigara alışkanlıkları sorgulanmıştır. Beslenme alışkanlıkları kısmı, bireylerin öğünleri ve dışarda yemek yeme sıklıkları ile ilgili soruları içermektedir.

3.2.2 Antropometrik Ölçümler

Bireylerin vücut ağırlığı, boy, bel ve kalça çevreleri ölçülmüştür. Vücut ağırlığı (kg), dijital tartı ile minimum kıyafetle, birey dik ve hareketsizken ölçülmüştür. Boy uzunluğu (cm), esnemeyen mezura ile birey dik pozisyonda Frankfurt düzlemde dururken alınmıştır (Mazıcıoğlu, 2011). Boy ve vücut ağırlığı değerleri ile kilogram cinsinden kişinin kilosunun metre cinsinden bireyin boyunun karesine bölünmesiyle beden kütle indeksi (BKİ) hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü BKİ'yi, yetişkinlerde zayıf ($<18.50 \text{ kg/m}^2$), normal ($18.50 - 24.99 \text{ kg/m}^2$), kilolu ($25.00 - 29.99 \text{ kg/m}^2$) ve obez ($\geq 30.00 \text{ kg/m}^2$) şeklinde sınıflama yapılmaktadır (WHO, 2018).

Bel çevresi (cm), esnemeyen mezura ile en alt kaburga kemiği ile iliak kemik arası orta noktadan geçen çevrenin ölçülmesiyle belirlenmiştir (Mazıcıoğlu, 2011). Bel çevresi, erkeklerde 94 cm'in üstü, kadınlarda 80 cm'in üzeri metabolik komplikasyonlar için artan riski simgeler (WHO, 2008). Kalça çevresi (cm), esnemeyen mezura ile bireyin kolları yanda, ayaklar bitişik vaziyette, dik pozisyonda, bireyin bakışı karşıya doğru ve yere paralel olarak, yandan kalçanın en geniş noktası belirlenip, ölçülmüştür (Mazıcıoğlu, 2011). Bel/kalça oranı, bel çevresinin, kalça çevresine bölünmesiyle hesaplanmış, bu android şişmanlığın ve şişmanlığa bağlı hastalıkların görülmesinde risk göstergesi olarak kullanılmıştır.

Abdominal obezite, bel kalça oranı erkeklerde ≥ 0.90 , kadınlarda ≥ 0.85 veya BKİ ≥ 30.0 olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2008). Bel/kalça oranı, erkeklerde ≥ 0.90 cm üzeri, kadınlarda ≥ 0.85 cm ise bu bireylerin metabolik komplikasyonlar için risk altında olduklarını simgelemektedir (WHO, 2008).

3.2.3 Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS)

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, yeme bağımlılığı tanısı için geliştirilmiş bir ölçektir (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014). YFAS DSM-IV'de yer alan madde bağımlılığı tanı kriterleri baz alınarak geliştirilmiştir (Schulte, Avena, & Gearhardt, 2015). YFAS'ı ilk olarak Gearhardt ve ark. 2009 yılında geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirliğini yapmışlardır (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009). YFAS'ın Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Bayraktar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır, iç tutarlılık, Cronbach alpha=0.93 ve madde-ölçek korelasyon değerleri de, $r=0.567-0.831$ arasında bulunmuştur (Bayraktar, Erkman, & Kurtuluş, 2012). DSM-V'in yayınlanmasıyla madde bağımlılığı bölümünde yapılan değişiklikler (örn. aşermenin eklenmesi) nedeniyle Gearhardt ve arkadaşları YFAS'da güncelleme yapılmıştır ve YFAS 2.0 oluşturulmuştur. Buna göre YFAS 2.0'in YFAS'a göre daha iyi iç tutarlılığa (Kuder-Richardson .92) sahip olduğu bulunmuştur (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2016). Bu çalışmada DSM-IV'den uyarlanan ilk YFAS kullanılmıştır.

YFAS 25 soru içermektedir. 1.sorudan 16. soruya kadar 4 seçenek (0-4 arası), 17. sorudan 24. soruya kadar 2 seçenek (0 veya 1), 25. soru için 5 seçenek (0-5 arası) bulunmaktadır. Bu bağlamda, puanlar hesaplanırken her soru için kriter puanı hesaplanır ve toplanır. Her soru için kriter puanı hesaplama aynı değildir. 19, 20, 21, 22. sorular için; 0 seçeneğinin işaretlenmesiyle 0 puan alınırken, 1 seçeneğinin işaretlenmesiyle 1 puan alınmaktadır; 24. soru için 0 seçeneği ile 1 puan alınırken, 1

seçeneği ile 0 puan alınmaktadır; 8, 10, 11. sorular için 0 veya 1 seçeneklerinin işaretlenmesiyle 0 puan, 2,3 veya 4 seçeneklerinin işaretlenmesiyle 1 puan alınmaktadır; 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16. sorular için 0,1 veya 2 seçeneklerinin işaretlenmesi 0 puana, 3 veya 4 seçeneklerinin işaretlenmesi 1 puana denktir; 1, 2, 4, 6. sorular için 0,1,2 veya 3 seçenekleriyle 0 puan, 4 seçeneğinin işaretlenmesiyle 1 puan alınmaktadır; 25. soru için 0,1,2,3 veya 4 seçeneğinin işaretlenmesiyle 0 puan alınırken, 5 seçeneğinin işaretlenmesiyle 1 puan alınmaktadır. 0 puan karşılanmayan kriter, 1 puan ise karşılanan kriter olarak belirlenmiştir. Her soru değerlendirilip 0 veya 1 puan verildikten sonra DSM-IV'e göre belirlenen 8 yeme bağımlılığı kriterlerinin karşılığı olan soruların puanları her kriter için toplanır. 8 kriter ve içerdikleri sorular aşağıdaki gibidir:

1. Kriter: Madde planlanandan daha fazla miktarda ve daha uzun sürede alınır: 1, 2, 3. sorular;
2. Kriter: Sürdürülen istek ya da tekrarlayıcı başarısız kesme girişimleri: 4, 22, 24, 25. sorular;
3. Kriter: Elde etmek/kullanmak/düzelmek için fazla zaman/çaba harcanır: 5, 6, 7. sorular;
4. Kriter: Önemli sosyal, işle ilgili ya da kişilerarası aktiviteler bırakılır ya da azaltılır: 8, 9, 10, 11. sorular;
5. Kriter: Olumsuz sonuçlarının bilinmesine rağmen kullanımı sürdürme: 19. soru;
6. Kriter: Tolerans: 20, 21. sorular;
7. Kriter: Karakteristik yoksunluk belirtileri ve madde alımıyla rahatlamak: 12, 13, 14. sorular;
8. Kriter: Kullanımın neden olduğu klinik olarak anlamlı yetersizlik ya da stres: 15, 16. soruları içermektedir (Çelebi, 2015).

Her bir kriterin içerdiği soruların puanları (0 veya 1) toplanır ve toplamda 1 veya üzeri puan içeren kriter 1 puan, toplamda 0 puan içeren kriter ise 0 puan almaktadır. Böylece her kriter 0 veya 1 puana sahip olur. 1 puan alan kriter için 'kriter karşılandı', 0 puan alan kriter için 'kriter karşılanmadı' denenebilir. Tüm 8 kriterin puanlarının toplamı yeme bağımlılığı riskinin belirtisi olarak yorumlanmaktadır; yüksek puan yeme bağımlılığı riskinin artışı simgelemektedir. Yeme bağımlılığı tanısı için ise 8. kriter (klinik anlamlılık) dışındaki diğer 7 madde bağımlılığı kriterlerinin puanları toplanır ve toplam semptom puanı hesaplanmaktadır (0-7 arası). Bu 7 kriterin toplam puanı 3 veya üzeri olursa ve buna ek olarak klinik anlamlılık (8. kriter) karşılanırsa (soru 15 veya 16 = 1) yeme bağımlılığı tanısı konulmaktadır (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009). 26. ve 27. sorular ise aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşanan besinlerin (bağımlılığa sebep olabilecek besinler) belirlenmesini sağlamaktadır.

3.2.4 Yeme Tutum Testi (EAT-26)

EAT-26 Yeme Tutum Testi, bireylerin yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukları değerlendirmek için kullanılmıştır. Yeme Tutum Testi ilk olarak Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında oluşturulmuştur (Garner & Garfinkel, 1979). YTT (EAT-40) Savaşır ve Erol tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Savaşır & Erol, 1989). EAT-40 baz alınarak Garner ve arkadaşları tarafından EAT-26 geliştirilmiştir (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). EAT-26'nın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkiye'de yapılmadığı için, 50 üniversite öğrencisi üzerinde pilot bir uygulama yapılmıştır (Sarıdağ Devran, 2014). Bu çalışmada bu pilot çalışmadaki Türkçe ölçek kullanılmıştır EAT-26, yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmek için kullanılan, kendiliğinden raporlanan 26 maddelik bir ankettir (Mitsui, Yoshida, & Komaki, 2017). Diyet ölçeği, besin kısıtlamasını ve ağırlık kaybetme takıntılılığını

değerlendirmektedir: Bulimiya ve besin meşguliyet ölçeği, aşırı yemek yeme/uyarılmış kusma davranışlarını ve besin hakkındaki düşüncelerini değerlendirmektedir. Oral kontrol skalası ise besin alımının bireysel kontrolünü ve kilo vermek için çevre baskısını değerlendirmektedir (Rodríguez, Salar, Carretero, Gimeno, & Collado, 2015). Madde 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 ve 25. diyet ölçeğine aitken, madde 3, 4, 9, 18, 21 ve 26'da elde edilen değerler bulimia ölçeğinden sorumludur ve kalan maddeler oral kontrole karşılık gelmektedir (2,5, 8, 13, 15, 19 ve 20) (Rodríguez, Salar, Carretero, Gimeno, & Collado, 2015). Her madde için (1 ve 25 no'lu maddeler hariç) cevaplar ve değerler şunları içermektedir: hiçbir zaman (0 puan), nadiren (0 puan), bazen (0 puan), sıklıkla (1 puan), genellikle (2 puan) ve her zaman (3 puan) (Rodríguez, Salar, Carretero, Gimeno, & Collado, 2015). 1 ve 25 numaralı maddelerin cevapları ve puanı ters çevrilir (Rodríguez, Salar, Carretero, Gimeno, & Collado, 2015). Toplamda 0-78 arasında puan alınabilir. Puan artışı yeme bozukluğu riskindeki artışı göstermektedir (Mitsui, Yoshida, & Komaki, 2017). EAT-26 için 20 puan kesim noktası olarak kabul edilmektedir; ≥ 20 puan yeme bozukluğu gelişme veya gösterme riskini belirtir (Rodríguez, Salar, Carretero, Gimeno, & Collado, 2015).

3.2.5 Miktarlı Besin Tüketim Sıklığı Kaydı

Miktarlı besin tüketim sıklığı kayıt formu, besinlerin son bir aydaki tüketim sıklıklarını ve miktarları içermektedir (Ek 6). Her bir sıklık seçeneği, belirlenmiş katsayılar (Her öğün: 3.0, Her gün:1.0, Haftada 1-2 kez: 0.215, Haftada 3-4 kez: 0.5, Haftada 5-6 kez: 0.7855, 15 günde 1 kez:0.067, Ayda 1 kez: 0.033, Hiç:0) ile çarpılarak, günlük alım miktarlarına dönüştürülmüştür. Hesaplanmış olan günlük alınan enerji ve besin öğeleri, Türkiye için geliştirilen "Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS)" kullanılarak analiz

edilmiştir. Bireylerin, cinsiyet ve yaşa göre günlük alınması gereken miktarları karşılama oranı hesaplamak için Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi baz alınarak hesaplanmıştır (TÖBR, 2015).

3.2.6 İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, SPSS Statistics 24.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Sıralı veriler için yüzdeler, sürekli veriler için ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Verilerin parametrik ve non-parametrik durum değerlendirmesi yapıldıktan sonra Mann Whitney U testi veya t-test, ki-kare testi ve one way ANOVA testi kullanılmıştır. YFAS puanları, EAT-26 toplam puanları ile antropometrik ölçümler ve besin öğeleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson veya Spearman korelasyon analizleri yapılmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

4.1 Genel Özellikler

Bireylerin yaş ortalaması 21.5 ± 2.3 yıl olup %56.8'i kadın, %43.3'ü erkektir. Tablo 1'e göre bireylerin %64.3'ünün tanısı konmuş bir hastalığı bulunmamaktadır. Tanısı konmuş hastalığı olanlarda en sık görülen hastalık şişmanlık (%6.2) olarak bulunmuştur.

Tablo 1: Öğrencilerin sağlık durumları.

Sağlık Durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Sağlıklı	119	56.7	119	74.4	238	64.3
Şişmanlık	16	7.6	7	4.4	23	6.2
Ülser-gastrit	4	1.9	7	4.4	11	3.0
Diyabet	3	1.4	1	0.6	4	1.1
Hipertansiyon	1	0.5	-	-	1	0.3
Hipotansiyon	2	1.0	1	0.6	3	0.8
Demir eksikliği anemisi	16	7.6	1	0.6	17	4.6
Hiperlipidemi- Hiperkolesterolemi	-	-	2	1.3	2	0.5
Böbrek hastalıkları	-	-	3	1.9	3	0.8
Karaciğer-safra kesesi hastalıkları	-	-	1	0.6	1	0.3
Barsak hastalıkları	7	3.3	-	-	7	1.9
Kemik-eklem hastalıkları	8	3.8	3	1.9	11	3.0
Psikiyatrik hastalıklar	7	3.3	4	2.5	11	3.0
Besin alerjisi	5	2.4	4	2.5	9	2.4
Sinir sistemi hastalıkları	-	-	2	1.3	2	0.5
Diğer hastalıklar	22	10.5	5	3.1	27	7.3
Toplam	210	100.0	160	100.0	370	100.0

Diğer hastalıklar: insülin direnci, polikistik over sendromu, bradikardia, çikolata kisti, kalp hastalığı, kronik alerjik rinit, disleksi ve hipotroidi.

Bireylerin %38.4'ü sigara içerken %42.7'si alkol tüketmektedir. Ortalama alkol ve sigara tüketimi sırasıyla 2.6 ± 6.8 g/gün ve 14.1 ± 10.9 adet/gün'dür. (Tablo 2).

Tablo 2: Sigara içen ve alkol tüketen birey sayısı ve ortalama tüketim miktarları.

	S	%	Tüketim Miktarı ($\bar{x} \pm SS$)
Sigara içme			
Evet	142	38.4	14.1 \pm 10.9 adet/gün
Hayır	228	61.6	
Toplam	370	100	
Alkol tüketimi			
Evet	158	42.7	2.6 \pm 6.8 g/gün
Hayır	212	57.3	
Toplam	370	100.0	

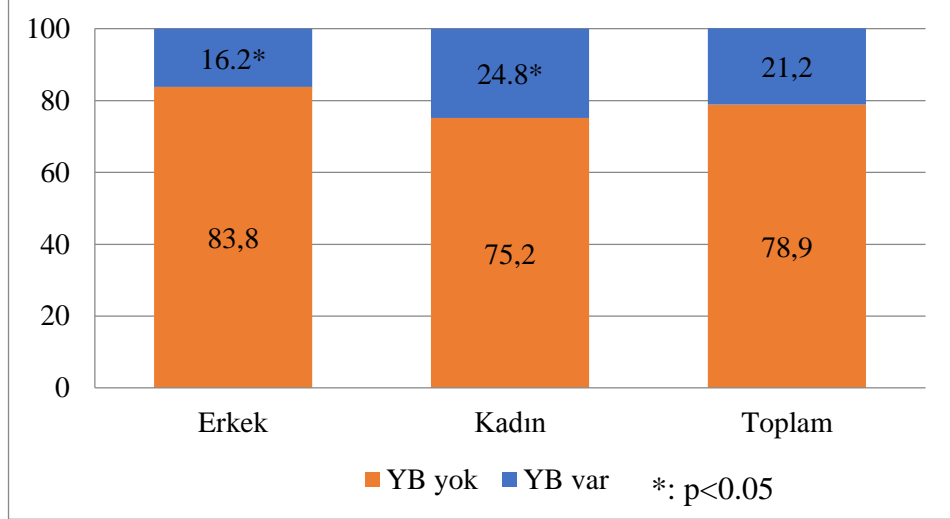
4.2 Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu

Tablo 3: Toplam YFAS ve EAT-26 puanlarının cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Toplam YFAS ($\bar{x} \pm SS$)	P1	Toplam EAT-26 ($\bar{x} \pm SS$)	P2
Kadın	3.6 \pm 1.9	0.411	19.8 \pm 11.5	<0.001
Erkek	3.8 \pm 1.7		15.8 \pm 11.0	
Toplam	3.7 \pm 1.8		18.0 \pm 11.5	

Mann-Whitney U testi.

Tablo 3'e göre erkeklerin kadınlara göre YFAS puanları daha yüksek olup, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadınların erkeklere göre yeme bozukluğu riski daha yüksektir ($p < 0.001$).



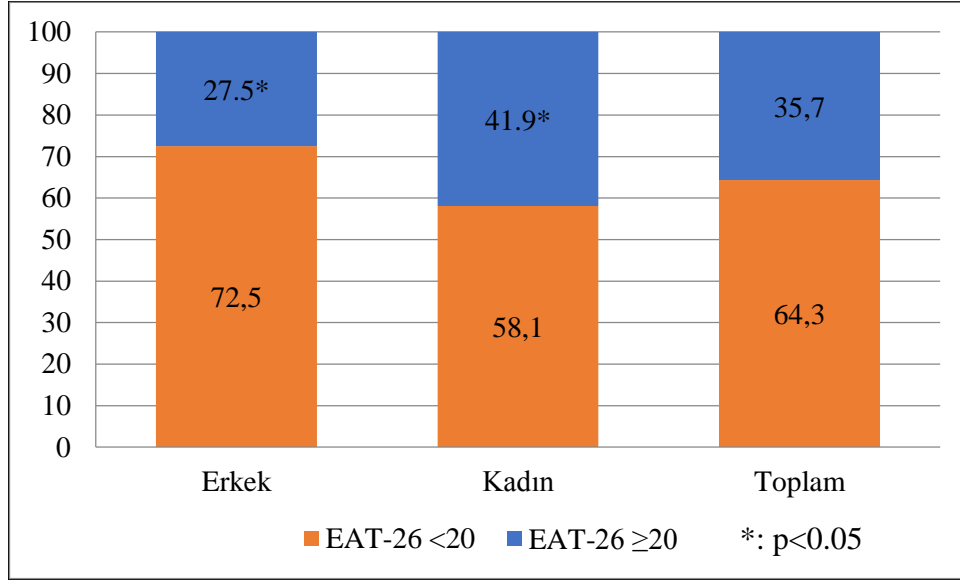
Şekil 1: Bireylerin cinsiyetlere göre yeme bağımlılığı dağılımı. (Mann-Whitney testi)

Şekil 1’de gösterildiği gibi bireylerin %21.1’i YFAS’a göre yeme bağımlılığı tanısı almıştır. Yeme bağımlılığı kriterlerini karşılayan kadınların oranı (%24.8) erkeklere (%16.2) kıyasla yüksektir ($p < 0.05$).

Tablo 4: YFAS kriterlerinin karşılanma durumuna göre dağılımı.

Kriterler	S	%
1. Madde planlanandan daha fazla miktarda ve daha uzun sürede alınır.	127	34.3
2. Sürdürülen istek ya da tekrarlayıcı başarısız kesme girişimleri	271	73.2
3. Elde etmek/kullanmak/düzelmek için fazla zaman/çaba harcanır.	174	47
4. Önemli sosyal, işle ilgili ya da kişilerarası aktiviteler bırakılır ya da azaltılır	156	42.2
5. Olumsuz sonuçlarının bilinmesine rağmen kullanımı sürdürme	175	47.3
6. Tolerans	227	61.4
7. Karakteristik yoksunluk belirtileri ve madde alımıyla rahatlamak	134	36.2
8. Kullanımın neden olduğu klinik olarak anlamlı yetersizlik ya da stres	87	23.5

Her bir kriter için kriterleri karşılayan birey sayısı Tablo 4’te verilmiştir. Buna göre, en fazla karşılanan kriter “sürdürülen istek ya da tekrarlayıcı başarısız kesme girişimleri” (%73.2) olmuştur.



Şekil 2: Bireylerin cinsiyetlere göre yeme bozukluğu dağılımı. (Mann-Whitney testi)

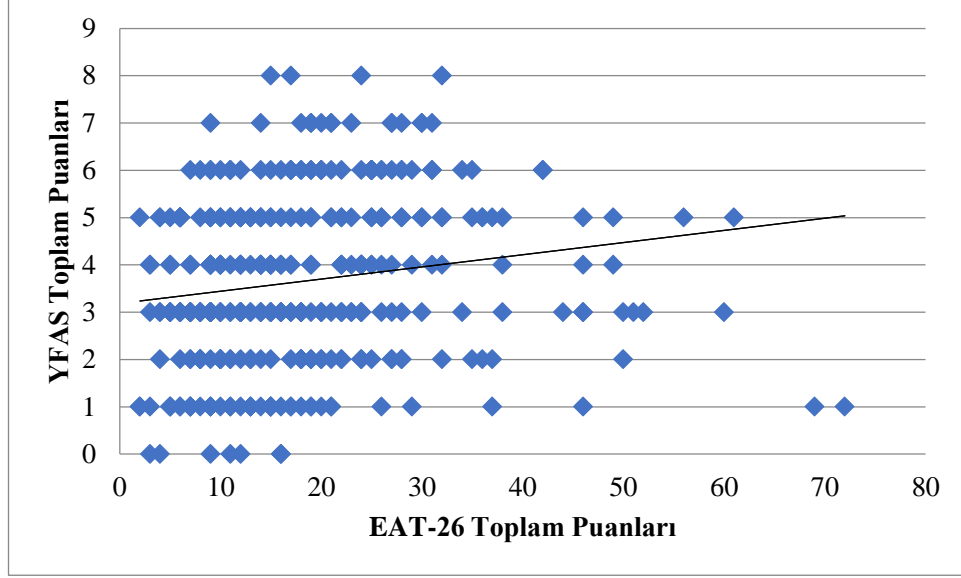
Öğrencilerin %35.7’si EAT-26 toplam puanı ≥ 20 olan yani yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında ise erkeklerin %27.5’inde, kadınların %41.9’unda yüksek yeme bozukluğu riski bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Şekil 2).

Tablo 5: Bireylerin yeme bağımlılığı ve yeme bozukluğuna göre dağılımı.

	YB var		YB yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
EAT-26 puanı ≥ 20	43	32.6	89	67.4	132	100.0
EAT-26 puanı < 20	35	14.7	203	85.3	238	100.0
Toplam	78	21.1	292	78.9	370	100.0

Mann-Whitney U testi, $p < 0.001$

Tablo 5'e göre yeme bağımlılığı olanların oranı yeme davranış bozukluğu riski yüksek olanlarda (%32.6), yeme davranış bozukluğu riski düşük olanlara (%14.7) kıyasla daha yüksektir ($p < 0.001$).



Şekil 3: YFAS ve EAT-26 ilişkisi.

YFAS puanları ile EAT-26 puanları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.241$, $p < 0.001$). Buna göre yeme bozukluğu riskindeki artış yeme bağımlılığı riskindeki artışla ilgilidir (Şekil 3).

4.3 Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumuna göre Beslenme

Aalışkanlıkları

Tablo 6: YFAS'a göre bireylerin günlük ana ve ara öğün sayısı.

Öğünler	YB var ($\bar{x} \pm SS$)	YB yok ($\bar{x} \pm SS$)	Toplam ($\bar{x} \pm SS$)	P değeri
Ana Öğün	2.8 ± 0.6	2.6 ± 0.6	2.7 ± 0.6	0.014*
Ara Öğün	1.9 ± 1.5	1.3 ± 1.3	1.4 ± 1.4	<0.001 [#]

*: p<0.05, #: p<0.001, Mann-Whitney U testi, YB: Yeme Bağımlılığı.

Bireylerin ortalama ana ve ara öğün tüketimleri Tablo 6'da gösterilmiştir. Yeme bağımlılığı olan bireylerin olmayanlara göre günlük ana ve ara öğün tüketim sayıları daha fazladır (p<0.05).

Tablo 7: YFAS'a göre bireylerin öğün atlama durumu dağılımı.

Öğünler	YB var		YB yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Sabah	28	56.0	126	60.6	154	59.7
Öğle	17	34.0	53	25.5	70	27.1
Akşam	5	10.0	29	13.9	34	13.2
Toplam	50	100.0	208	100.0	258	100.0

YB: Yeme bağımlılığı.

370 öğrenciden 258'i ana öğünlerden birini bazen veya her zaman atladıklarını belirtmişlerdir. Buna göre tüm bireylerin %59.7'sinin sabah kahvaltısını atladıkları saptanmıştır. Yeme bağımlılığı olan bireylerin %56'sı yeme bağımlılığı olmayan bireylerin %60.6'sı sabah sabah öğününü atladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 7). Benzer şekilde yeme bağımlılığı olmayan bireylerin öğünlerini akşam atlama oranları (%13.9) yeme bağımlılığı olanlara göre (%10) daha fazladır. Yeme bağımlılığı olan

bireylerin ise öğle öğününü atlama oranları (%34) olmayanlara göre daha yüksektir (%25.5).

Tablo 8: Bireylerin YFAS'a göre öğün atlama nedenleri dağılımı.

Öğün Atlama Nedeni	YB var		YB yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
İştahım olmuyor/ canım istemiyor	9	18.0	73	35.1	82	31.8
Alışkanlığım yok	11	22.0	38	18.3	49	19.0
Zayıflamak için	11	22.0	19	9.1	30	11.6
Zamanım yok	19	38.0	78	37.5	97	37.6
Toplam	50	100.0	208	100.0	258	100.0

YB: Yeme bağımlılığı.

Tablo 8'de görüldüğü gibi öğün atlayan bireyler arasında hem yeme bağımlılığı olan (%38.0) hem de olmayanlarda (%37.5) en sık rastlanan neden zamanın olmaması olarak belirtilmiştir.

Tablo 9: Bireylerin YFAS'a göre ev dışında yemek yeme dağılımı.

Dışarda yeme	YB var		YB yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Evet	73	93.6	247	84.6	320	86.5
Hayır	5	6.4	45	15.4	50	13.5
Toplam	78	100.0	292	100.0	370	100.0

YB: Yeme bağımlılığı.

Bireylerin %86.5'nin ev dışında yemek yeme alışkanlığı vardır. Yeme bağımlılığı olan bireylerin (%93.6), yeme bağımlılığı olmayan bireylere (%84.6) göre ev dışında yemek yeme alışkanlıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10: Bireylerin EAT-26'ya göre ev dışında yemek yeme dağılımı.

	EAT-26<20		EAT-26≥20		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Dışarda yeme						
Evet	214	89.9	106	80.3	320	86.5
Hayır	24	10.1	26	19.7	50	13.5
Toplam	238	100.0	132	100.0	370	100.0

Tablo 10'a göre yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin (%80.3), yeme bozukluğu riski düşük olanlara (%89.9) kıyasla ev dışında yemek yeme alışkanlıkları daha düşüktür.

Tablo 11: EAT-26'a göre bireylerin günlük ana ve ara öğün sayısı.

Öğünler	EAT-26≥20 ($\bar{x} \pm SS$)	EAT-26<20 ($\bar{x} \pm SS$)	Toplam ($\bar{x} \pm SS$)	P değeri
Ana Öğün	2.7 ± 0.6	2.7 ± 0.7	2.7 ± 0.6	0.850
Ara Öğün	1.5 ± 1.4	1.4 ± 1.4	1.4 ± 1.4	0.501

Mann-Whitney U testi.

Yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin olmayanlara göre günlük ana ve ara öğün tüketim sayıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 12: EAT-26'ya göre bireylerin öğün atlama durumu dağılımı.

Öğünler	EAT-26≥20		EAT-26<20		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Sabah	54	54.5	100	62.9	154	59.7
Öğle	35	35.4	35	22.0	70	27.1
Akşam	10	10.1	24	15.1	34	13.2
Toplam	99	100.0	159	100.0	258	100.0

Öğrencilerin %59.7'sinin sabah kahvaltısını atladıkları saptanmıştır. Yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin (%54.5) yeme bozukluğu riski düşük olanlara (%62.9) göre daha az sabah öğününü atladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca yeme

bozukluğu riski yüksek olanların öğünlerini öğle atlama oranları (%35.4) yeme bozukluğu düşük olanlara göre (%22) daha fazladır. Yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin ise akşam öğününü atlama oranları (%10.1) yeme bozukluğu riski düşük olanlara göre daha düşüktür (%15.1).

Tablo 13: Bireylerin EAT-26'ya göre öğün atlama nedenleri dağılımı.

Öğün Atlama Nedeni	EAT-26 \geq 20		EAT-26<20		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
İştahım olmuyor/ canım istemiyor	20	20.2	62	39.0	82	31.8
Alışkanlığım yok	30	30.3	19	11.9	49	19.0
Zayıflamak için	19	19.2	11	6.9	30	11.6
Zamanım yok	30	30.3	67	42.1	97	37.6
Toplam	99	100.0	159	100.0	258	100.0

Tablo 13'de görüldüğü gibi öğün atlayan bireyler arasında en sık rastlanan neden yeme bozukluğu riski yüksek olanlarda alışkanlığın ve zamanın olmaması (%30.3) iken yeme bozukluğu riski düşük olanlarda zamanın olmaması (%42.1) olarak belirtilmiştir.

4.4 Antropometrik Ölçümlere göre Yeme Bağımlılığı ve Yeme

Tutumu

Yeme bağımlılığı olan bireylerin olmayanlara göre BKİ ve kalça çevreleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yeme bağımlılığı olan kadınların kalça çevresi ve bel/kalça oranı ($p<0.05$), yeme bağımlılığı olan erkeklerin ise BKİ, kalça çevresi ve bel/kalça oranı değerleri yeme bağımlılığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15'e göre yeme bozukluğu riski yüksek olanların düşük olanlara göre kalça çevreleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yeme bozukluğu riski yüksek olan kadınların düşük olan kadınlara göre BKİ ve kalça çevresi değerleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 14: YFAS ve cinsiyete göre antropometrik ölçümlerin dağılımı.

	YB var (S=78) ($\bar{x} \pm SS$)			YB yok (S=292) ($\bar{x} \pm SS$)			P1	P2	P3
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam			
VA (kg)	69.5±11.9	86.3±14	75.1±14.9	61.3±11.2	77.5±13	68.7±14.5	0.272	0.583	0.886
BU (cm)	164±4.8	177.6±5.9	168.5±8.3	164.5±5.6	177.2±5.8	170.3±8.5	-	-	-
BKİ (kg/m²)	25.8±4	27.5±5.2 ^a	26.4±4.5 ^b	22.6±3.7	24.6±3.8 ^a	23.5±3.9 ^b	0.178	0.013 ^a	0.041 ^b
BÇ (cm)	79.5±16.8 ^c	96.8±21.7 ^d	85.3±20.2 ^e	71.2±13.2 ^c	84.2±14 ^d	77.2±15 ^e	0.000 ^c	0.003 ^d	0.001 ^e
KÇ (cm)	104.6±13.3 ^f	104.9±13.7 ^g	104.7±13.3 ^h	96.8±10.2 ^f	99.6±10.6 ^g	98.1±10.5 ^h	0.001 ^f	0.025 ^g	0.000 ^h
BKO	0.8±0.1 ⁱ	0.9±0.1 ^j	0.8±0.1	0.7±0.1 ⁱ	0.8±0.1 ^j	0.8±0.1	0.042 ⁱ	0.004 ^j	0.176

VA: vücut ağırlığı, BU: Boy uzunluğu, BKİ: Beden kütle indeksi, BÇ: Bel çevresi, KÇ: Kalça çevresi, BKO: Bel/kalça oranı, P1: YB olan ve olmayan kadınların karşılaştırması, P2: YB olan olmayan erkeklerin karşılaştırması, P3: YB olan olmayan her iki cinsiyetin toplam karşılaştırması, a, b, c, d, e, f, g, h, i, j : p<0.05. VA, KÇ, BKİ; t-testi, BÇ, BKO; Mann-Whitney U testi.

Tablo 15: EAT-26 ve cinsiyete göre antropometrik ölçümlerin dağılımı.

	EAT-26≥20 (S=160) ($\bar{x} \pm SS$)			EAT-26<20 (S=210) ($\bar{x} \pm SS$)			P1	P2	P3
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam			
VA (kg)	64±12.4	78.4±11.6	68.8±13.9	62.9±11.6	79.1±14.2	70.8±15.3	0.127	0.495	0.453
BU (cm)	164.1±5.3	176.2±4.7	168.1±7.6	164.5±5.5	177.7±6.2	170.9±8.8	-	-	-
BKİ (kg/m²)	23.7±4.4 ^a	25.3±3.7	24.2±4.2	23.2±3.8 ^a	25.0±4.4	24.1±4.2	0.025 ^a	0.372	0.534
BÇ (cm)	74.3±15.5	88.2±13.4	78.9±16.2	72.6±13.9	85.5±17	78.9±16.8	0.537	0.053	0.648
KÇ (cm)	99.6±13.0 ^b	102.3±11.5	100.5±12.6 ^c	98.1±10.3 ^b	99.7±11.2	98.9±10.8 ^c	0.012 ^b	0.862	0.027 ^c
BKO	0.7±0.1	0.9±0.1	0.8±0.1	0.7±0.1	0.9±0.1	0.8±0.1	0.753	0.133	0.596

VA: vücut ağırlığı, BU: Boy uzunluğu, BKİ: Beden kütle indeksi, BÇ: Bel çevresi, KÇ: Kalça çevresi, BKO: Bel/kalça oranı, P1: EAT-26'ya göre kadınların karşılaştırması, P2: EAT-26'ya göre erkeklerin karşılaştırması, P3: EAT-26'ya göre her iki cinsiyetin toplam karşılaştırması, a, b, c: p<0.05. VA, KÇ, BKİ; t-testi, BÇ, BKO; Mann-Whitney U testi.

Tablo 16: YFAS'a göre BKİ sınıflaması dağılımı.

BKİ Sınıflaması	YB var		YB yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Zayıf	2	2.6	16	5.5	18	4.9
Normal	33	42.3	196	67.1	229	61.9
Hafif Şişman	27	34.6	57	19.5	84	22.7
Şişman	16	20.5	23	7.9	39	10.5
Toplam	78	100.0	292	100.0	370	100.0

Ki-kare testi, $p < 0.001$.

Bireylerin %61.9'u normal olarak tanımlanan BKİ aralığında yer almaktadır. Yeme bağımlılığı olan bireylerin %34.6'sı hafif şişman ve %20.5'i şişman iken, yeme bağımlılığı olmayan bireylerin %19.5'i hafif şişman ve %7.9'u şişmandır ($p < 0.001$). (Tablo 16).

Tablo 17: EAT-26'a göre BKİ sınıflaması dağılımı.

BKİ Sınıflaması	EAT-26 puanı ≥ 20		EAT-26 puanı < 20		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Zayıf	11	8.3	7	2.9	18	4.9
Normal	70	53.0	159	66.8	229	61.9
Hafif Şişman	36	27.3	48	20.2	84	22.7
Şişman	15	11.4	24	10.1	39	10.5
Toplam	132	100.0	238	100.0	370	100.0

Ki-kare testi, $p = 0.021$.

Tablo 17'e göre yeme davranış bozukluğu riski yüksek olan bireylerin %53'ü normal, %27.3'ü hafif şişman, %11.4'ü şişman ve %8.3'ü zayıf iken yeme davranış bozukluğu riski yüksek olan bireylerin %66.8'i normal, %2.9'u zayıf, %20.2'si hafif şişman ve %10.1'i şişmandır ($p < 0.05$).

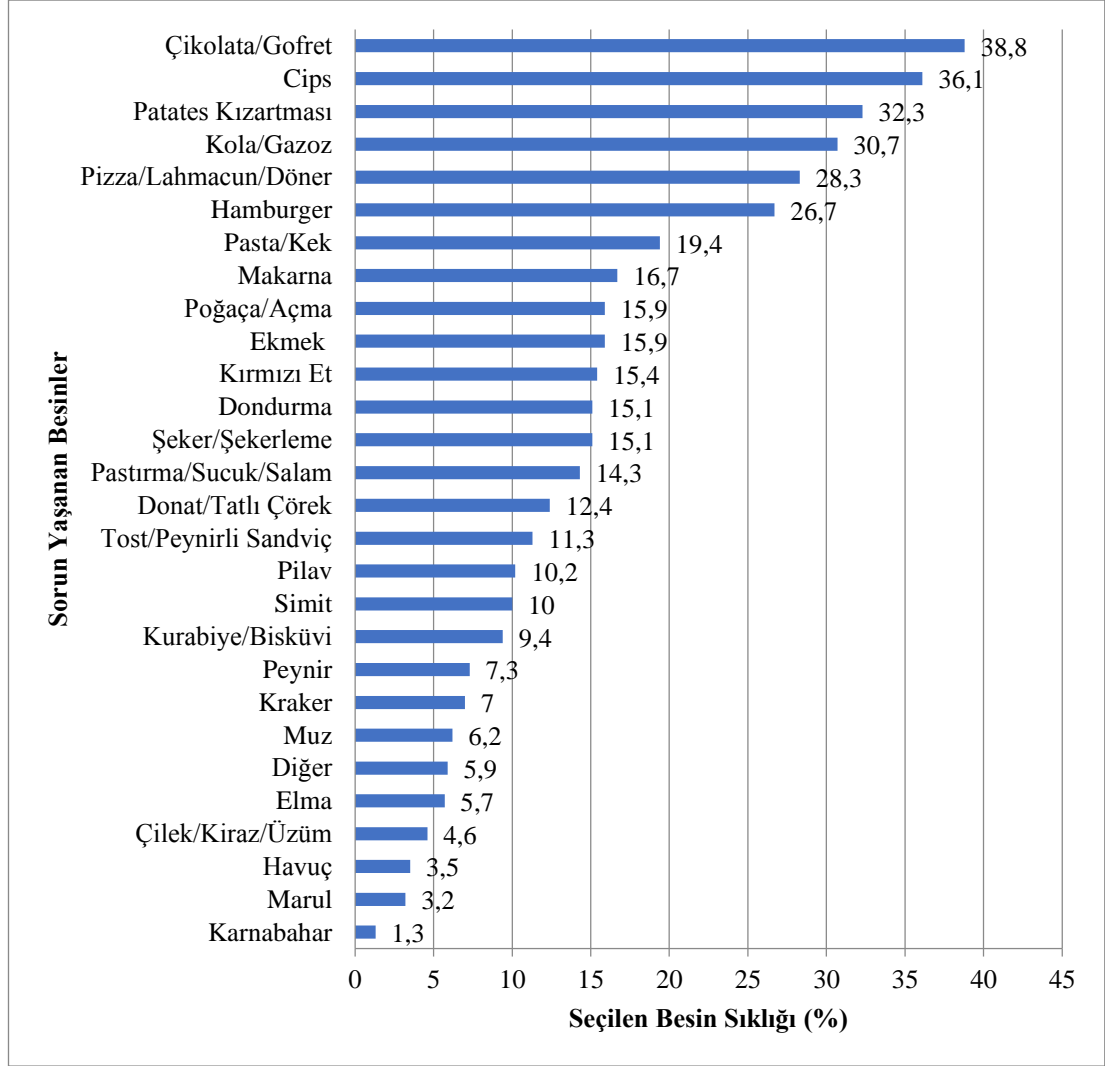
Tablo 18: Toplam YFAS ve EAT-26 puanlarının BKİ sınıflamasına göre dağılımı.

BKİ Sınıflaması	Toplam YFAS Puanı ($\bar{x} \pm SS$)	Toplam EAT-26 Puanı ($\bar{x} \pm SS$)
Zayıf	3.6±1.2	29.6±18.4 ^b
Normal	3.3±1.7 ^a	16.4±9.6
Hafif Şişman	4.2±1.8	19.4±12.2
Şişman	4.8±1.7 ^a	19.5±12.8
Toplam	3.7±1.8	18.0±11.5

One way ANOVA testi, ^{a, b}: p<0.001, ^b: EAT-26 puanı istatistiksel olarak diğer BKİ sınıflarından farklı

Tablo 18’de BKİ sınıflamasına göre yeme bağımlılığı puanı en düşük grup normal olanlar iken en yüksek olan grup şişman bireylerdir (p<0.001). Yeme bozukluğu riski en yüksek grup ise zayıf bireylerdir (p<0.001).

4.5 Besin Tüketimi, Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu



Şekil 4: Sorun yaşanan besinlerin bireyler tarafından tercih edilme sıklığı.

YFAS ile ayrıca bireylerin sorun yaşadıkları (yerken bırakamama, bulunmuyorsa tedarik etmeye çalışma, planlanandan daha fazla yeme, yemek için yoğun istek duyma gibi) yani potansiyel bağımlılığı yüksek besinler saptanmıştır (Şekil 4). Buna göre bireylerin en sık tükettikleri besin, en çok sorun yaşanan besin %38.8 ile çikolata/gofret olmuştur. Listenin dışında yoğurt, erik, dolma, kuruyemiş, mantı ve zeytin sorunlu besin olarak bireyler tarafından belirtilmiştir. Yeme bağımlılığı tanısı alan bireylerde yine en çok çikolata/gofret (%38.7), ardından cips (%37.2),

kola/gazoz (%34.6), patates kızartması (%33.3) ve pizza/lahmacun/döner (%32.1) gelmektedir.

Tablo 19’da enerji ve besin öğeleri miktarları cinsiyet ve yeme bağımlılığı varlığına göre ayrılmıştır. Buna göre yeme bağımlılığı olan kadınların enerji, yağ, karbonhidrat ve çoklu doymamış yağ asidi alımı yeme bağımlılığı olmayanlara kıyasla daha yüksek iken, C vitamini alımlarının tam tersi olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Erkeklerde ise yeme bağımlılığı ile bireylerin enerji ve besin ögesi alımları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca Türkiye’ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi’ne göre bireylerin günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının gereksinimi karşılama oranları hesaplanmıştır (Tablo 20). Yeme bağımlılığı olmayan kadınlarda olanlara göre günlük C vitamini gereksinimi karşılama oranı daha yüksek bulunurken, günlük enerji gereksinimini karşılama oranı daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 21’e göre yağlı tohum ve sıvı ve katı yağ tüketim miktarları yeme bağımlılığı olan erkeklerde olmayanlara göre daha yüksek bulunurken, kek, pasta, kurabiye ve bisküvi çeşitleri tüketimi yeme daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınlarda ise günlük et, yumurta, sosis, sucuk çeşitleri ve kek, pasta, kurabiye, bisküvi çeşitleri tüketimleri yeme bağımlılığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 19: Bireylerin YFAS ve cinsiyete göre günlük enerji ve besin ögesi tüketim miktarları.

	Kadın			Erkek		
	YB var (S=52) ($\bar{x} \pm SS$)	YB yok (S=158) ($\bar{x} \pm SS$)	P	YB var (S=26) ($\bar{x} \pm SS$)	YB yok (S=134) ($\bar{x} \pm SS$)	P
Enerji (kcal)	2172.8±879.4	1882.6±666.0	0.013*	2893.8±654.1	2640.8± 702.0	0.913
Protein (g)	74.4±27.7	78.5±33.4	0.584	108.4±27.5	103.4± 35.0	0.279
Yağ (g)	94.0±40.5	84.7±29.9	0.029*	121.3±32.4	112.7± 34.7	0.445
Karbonhidrat (g)	247.0±109.0	194.5±86.1	0.009*	322.4±92.3	288.3± 87.0	0.451
Posa (g)	24.6±8.8	26.8±16.2	0.853	33.9±13.3	31.3± 13.6	0.219
Çoklu doymamış yağ (g)	26.6±13.2	22.0±9.8	0.040*	32.1±11.8	30.2±11.9	0.874
Kolesterol (mg)	300.6±135.5	322.4±139.6	0.403	401.9±149.1	395.5±181.7	0.390
Vitamin A (µg)	1358.8±1078.6	1434.5±1310.2	0.801	3045.0±2303.0	2589.0±2265.4	0.222
Vitamin E (mg)	20.0±8.7	20.4±8.9	0.853	26.1±9.6	24.5±10.0	0.274
Vitamin B12 (µg)	6.4±4.5	6.7±5.6	0.778	13.0±9.7	11.9±8.9	0.672
Vitamin B3 (mg)	14.7±6.0	14.8±5.9	0.994	20.9±7.5	20.3±7.4	0.670
Vitamin B1 (mg)	0.9±0.3	0.8±0.3	0.533	1.2±0.3	1.1±0.3	0.808
Vitamin B2 (mg)	1.4±0.5	1.4±0.6	0.954	2.1±0.7	1.9±0.7	0.228
Vitamin B6 (mg)	1.7±0.6	1.6±0.6	0.640	2.1±0.6	2.1±0.7	0.566
Folik Asit (µg)	241.7±83.4	233.8±92.3	0.275	350.2±76.4	312.4±88.4	0.341
Vitamin C (mg)	49.8±34.8	61.3±39.7	0.036*	64.0±39.7	63.8±36.8	0.790
Potasyum (mg)	2531.5±988.7	2560.2±1015.1	0.835	3230.1±914.9	3120.8±988.2	0.897
Kalsiyum (mg)	619.4±252.1	686.4±355.3	0.360	837.0±201.0	792.4±292.4	0.233
Magnezyum (mg)	306.6±109.8	296.2±103.8	0.334	388.2±109.9	366.1±114.6	0.709
Fosfor (mg)	1225.8±413.8	1231.7±435.8	0.881	1659.6±349.3	1558.3±458.4	0.087
Demir (mg)	11.9±4.1	11.4±4.3	0.821	16.1±3.8	14.9±4.1	0.723
Çinko (mg)	10.3±3.6	9.9±3.4	0.760	14.6±3.3	13.6±3.8	0.205

Enerji, karbonhidrat, yağ, çoklu doymamış yağ, vitamin B3, vitamin B1, vitamin B6, folik asit, potasyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko; t-test. Protein, posa, kolesterol, A, D, E, B12, B2, C vitaminleri, kalsiyum; Mann-Whitney U testi. *p<0.05.

Tablo 20: Bireylerin YFAS ve cinsiyete göre TÖBR'e göre günlük enerji ve besin ögesi gereksinim karşılanma oranları.

	Kadın (S=210)			Erkek (S=160)		
	YB var ($\bar{x} \pm SS$)	YB yok ($\bar{x} \pm SS$)	P	YB var ($\bar{x} \pm SS$)	YB yok ($\bar{x} \pm SS$)	P
Enerji (kcal)	99.7±40.3	86.4±30.6	0.013*	101.5±23	92.7±24.6	0.913
Protein (g)	140.4±52.3	148.2±63	0.584	166.8±42.3	159.1±53.8	0.279
Posa (g)	98.5±35.3	107.3±64.7	0.853	117±46	107.9±46.9	0.219
Vitamin A (µg)	194.1±154.1	204.9±187.2	0.801	338.3±255.9	287.7±251.7	0.222
Vitamin E (mg)	133.5±57.7	135.9±59.3	0.853	174.2±64	163±66.9	0.274
Vitamin B12 (µg)	264.7±189	280±231.9	0.778	541±404.2	496.3±368.9	0.672
Vitamin B3 (mg)	105.3±43.1	106.1±42.4	0.994	130.3±46.7	126.8±46.1	0.670
Vitamin B1 (mg)	79.3±27.5	76.8±30.9	0.347	96.5±23.2	88.9±24.7	0.141
Vitamin B2 (mg)	137.8±50.1	142.4±61.5	0.954	160.1±51.8	148.2±54.7	0.644
Vitamin B6 (mg)	129.7±49.9	121.8±45.8	0.640	162±46.1	159.4±52.8	0.566
Folik Asit (µg)	26.9±10.3	28±12.7	0.275	40.1±12.5	36.8±13.4	0.341
Vitamin C (mg)	55.3±38.7	68.1±44.1	0.036*	71.1±44.1	70.9±40.9	0.790
Kalsiyum (mg)	61.9±25.2	68.6±35.5	0.360	83.7±20.1	79.2±29.2	0.233
Magnezyum (mg)	98.9±35.4	95.6±33.5	0.334	97±27.5	91.5±28.7	0.709
Fosfor (mg)	175.1±59.1	176.0±62.3	0.881	237.1±49.9	222.6±65.5	0.087
Demir (mg)	66.2±22.6	63.3±23.8	0.821	160.8±38.5	149.3±40.7	0.723
Çinko (mg)	102.8±36.1	98.7±34.3	0.760	132.3±30.3	123.5±34.2	0.205

Enerji, fosfor, demir, çinko, magnezyum, vitamin B3, vitamin B6, folat; t-testi. Protein, posa, A, E, B12, B1, B2, C vitaminleri, folik asit, kalsiyum; Mann-Whitney U testi. *p<0.05.

Tablo 21: Bireylerin YFAS ve cinsiyete göre besin grupları günlük tüketim miktarları (g/gün).

	Kadın (S=210)			Erkek (S=160)		
	YB var ($\bar{x} \pm SS$)	YB yok ($\bar{x} \pm SS$)	p	YB var ($\bar{x} \pm SS$)	YB yok ($\bar{x} \pm SS$)	p
Süt ve Süt Ürünleri Grubu	270.8±169.6	226.3±111.5	0.122	243.5±116.4	304.6±207	0.259
Ekmek ve Tahıl Grubu	306±128.5	296.7±130.2	0.924	329±147.5	295.1±135.2	0.565
Yağlı Tohumlar	42.8±25.0	42.2±32.7	0.565	71.5±50.2	37.8±30.6	0.000*
Et-Yumurta Grubu	125.1±58.9	102.7±70.6	0.002*	154.6±89.2	175.6±110.4	0.508
Sosis ve Sucuk Çeşitleri	8.9±7.4	8.2±8.2	0.018*	11.0±10.9	8.8±8.9	0.332
Sebze Grubu	96.5±71.1	87.6±92.4	0.052	115.2±110.7	162.6±137.2	0.919
Patates, Nişastalı ve Mantar Türleri	118.1±59.2	105.0±71.1	0.080	140.0±47.9	127.1±68.2	0.279
Meyve Grubu	83.7±66.2	85.1±69.6	0.974	95.5±71.2	134.8±129.2	0.207
Tatlılar	66.3±43.0	42.5±37.8	0.054	53.0±46.9	78.0±61.0	0.066
Kek, Pasta, Kurabiye, Bisküvi Çeşitleri	27.5±20.1	18.1±18.4	0.001*	20.7±26.3	27.0±21.3	0.034*
Sıvı ve Katı Yağlar	31.1±14.0	30.8±16.3	0.773	40.1±26.2	28.5±16.5	0.041*

Ekmek ve tahıl grubu, tatlılar, sosis ve sucuk çeşitleri, kek, pasta, kurabiye, bisküvi çeşitleri; t-testi. Diğer besin grupları; Mann-Whitney U testi.
*p<0.05.

Tablo 22’de cinsiyete ve EAT-26’ya göre yeme davranış bozukluğu riski yüksek olan bireylerin enerji ve besin ögesi alım miktarları verilmiştir. Buna göre, erkek bireylerde enerji ve besin öğeleri alımı arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yeme davranış bozukluğu riski yüksek olan kadınların enerji, protein, karbonhidrat, posa ve C vitamini alımları düşük riskteki kadınlara göre daha düşük bulunurken, çoklu doymamış yağ alımları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 23’de de benzer şekilde erkek bireylerin enerji ve besin öğelerini günlük karşılama oranları bakımından yeme davranış bozukluğu riski yüksek ve düşük olanlar arasında önemli fark bulunmazken, yeme davranış bozukluğu riski düşük olan kadın bireylerin günlük enerji, protein, posa, B1 ve C vitamini alımları günlük gereksinimleri karşılama oranları yeme davranış bozukluğu riski yüksek olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 24’de yeme bozukluğu risk durumu ve cinsiyete göre bireylerin günlük besin grupları tüketim miktarları görülmektedir. Buna göre kadın ve erkeklerde et ve yumurta grubu tüketim miktarları yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerde, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca yeme davranış bozukluğu riski yüksek olan erkeklerde olmayanlara göre tatlı tüketimleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 22: Bireylerin EAT-26 ve cinsiyete göre günlük enerji ve besin ögesi tüketim miktarları.

	Kadın (S=210)			Erkek (S=160)		
	EAT-26 puanı ≥20	EAT-26 puanı <20	p	EAT-26 puanı ≥20	EAT-26 puanı <20 ($\bar{x} \pm SS$)	p
	($\bar{x} \pm SS$)	($\bar{x} \pm SS$)		($\bar{x} \pm SS$)		
Enerji (kcal)	1886.7±823.5	2003.3±659.8	0.045*	2729.5±659.8	2663.9±714.9	0.299
Protein (g)	70.9±30.4	82.3±32.5	0.003*	108.8±36	102.5±33	0.652
Yağ (g)	86.5±37.6	87.4±29.3	0.057	120.6±35.6	111.6±33.7	0.403
Karbonhidrat (g)	198.6±103.2	213.8±88.1	0.032*	286.6±77.3	296.6±92.5	0.324
Posa (g)	22.4±13.6	29±14.9	0.000*	31.8±13.6	31.7±13.6	0.894
ÇYA (g)	23.8±12.4	22.6±9.7	0.003*	33.1±13.4	29.5±11.2	0.386
Kolesterol (mg)	296.8±133.6	331.6±140.8	0.066	414.4±189.8	389.7±171.4	0.627
Vitamin A (µg)	1539.4±1588.1	1326.5±941.8	0.756	2688±2076.1	2653.7±2348.6	0.760
Vitamin E (mg)	19±8.8	21.2±8.7	0.075	26.3±12.3	24.1±8.9	0.729
Vitamin B12 (µg)	7.1±6.7	6.3±4.1	0.619	12.4±8.3	12±9.2	0.572
Vitamin B3 (mg)	13.9±6.2	15.5±5.7	0.516	21.2±7.5	20.1±7.3	0.975
Vitamin B1 (mg)	0.8±0.3	0.9±0.3	0.751	1.1±0.3	1.1±0.3	0.156
Vitamin B2 (mg)	1.4±0.6	1.5±0.6	0.195	2±0.7	1.9±0.7	0.782
Vitamin B6 (mg)	1.5±0.6	1.7±0.6	0.517	2.1±0.6	2.1±0.7	0.263
Vitamin C (mg)	50±39.9	64.6±37	0.000*	61±33.6	64.9±38.5	0.912
Folik Asit (µg)	103.2±50	116.2±47.1	0.981	146.1±49.4	150.5±54.6	0.522
Potasyum (mg)	2381±1037.9	2677.3±968.3	0.639	3179.6±920.1	3123±998.1	0.234
Kalsiyum (mg)	623.9±273.1	703±368.4	0.081	820.3±287.9	791.8±277.2	0.731
Magnezyum (mg)	278.3±108.4	313.6±100.6	0.588	366.0±104.5	371.1±117.6	0.172
Fosfor (mg)	1151.6±419.8	1287±429.1	0.631	1601.6±449.7	1564.6±442.1	0.725
Demir (mg)	10.8±4.5	12±3.9	0.211	15.4±3.9	15±4.1	0.156
Çinko (mg)	9.4±3.5	10.4±3.4	0.311	14.4±3.8	13.5±3.7	0.667

Enerji, karbonhidrat, yağ, çoklu doymamış yağ, vitamin B3, vitamin B1, vitamin B6, folik asit, potasyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko; t-test. Diğer besin ögeleri; Mann-Whitney U testi. *p<0.05 *p<0.05, ÇYA: Çoklu doymamış yağ asidi.

Tablo 23: Yeme bozukluğu olan kadın ve erkek bireylerin TÖBR'e göre günlük enerji ve besin ögesi gereksiniminin karşılanma oranı.

	Kadın (S=210)			Erkek (S=160)		
	EAT-26 puanı ≥ 20 ($\bar{x} \pm SS$)	EAT-26 puanı < 20 ($\bar{x} \pm SS$)	p	EAT-26 puanı ≥ 20 ($\bar{x} \pm SS$)	EAT-26 puanı < 20 ($\bar{x} \pm SS$)	p
Enerji (kcal)	86.5 \pm 37.8	91.9 \pm 30.3	0.045*	95.8 \pm 23.2	93.5 \pm 25.1	0.299
Protein (g)	133.8 \pm 57.4	155.3 \pm 61.3	0.003*	167.4 \pm 55.4	157.7 \pm 50.8	0.652
Posa (g)	89.7 \pm 54.6	116.2 \pm 59.6	0.000*	109.6 \pm 46.9	109.3 \pm 46.9	0.894
Vitamin A (μg)	219.9 \pm 226.9	189.5 \pm 134.5	0.756	298.7 \pm 230.7	294.9 \pm 261	0.760
Vitamin E (mg)	126.7 \pm 58.7	141.5 \pm 58.3	0.075	175.2 \pm 82	160.9 \pm 59.4	0.729
Vitamin B12 (μg)	295.7 \pm 278.5	262.1 \pm 169.2	0.619	517.4 \pm 346.4	498.3 \pm 385.2	0.572
Vitamin B3 (mg)	99.4 \pm 44.4	110.5 \pm 40.5	0.516	132.4 \pm 47.2	125.5 \pm 45.7	0.975
Vitamin B1 (mg)	72 \pm 30.4	81.3 \pm 29.3	0.012*	90.1 \pm 23.2	90.2 \pm 25.2	0.947
Vitamin B2 (mg)	135.3 \pm 57.4	145.5 \pm 59.7	0.195	151.6 \pm 51.5	149.6 \pm 55.5	0.782
Vitamin B6 (mg)	118.1 \pm 48.3	127.9 \pm 45.6	0.517	164.4 \pm 46.5	158 \pm 53.5	0.263
C vitamini (mg)	55.6 \pm 44.3	71.7 \pm 41.1	0.000*	67.7 \pm 37.3	72.1 \pm 42.8	0.912
Folik asit (μg)	25.8 \pm 12.5	29.1 \pm 11.8	0.981	36.5 \pm 12.3	37.6 \pm 13.7	0.522
Kalsiyum (mg)	62.4 \pm 27.3	70.3 \pm 36.8	0.081	82 \pm 28.8	79.2 \pm 27.7	0.731
Magnezyum (mg)	89.8 \pm 35	101.2 \pm 32.5	0.588	91.5 \pm 26.1	92.8 \pm 29.4	0.172
Fosfor (mg)	164.5 \pm 60	183.9 \pm 61.3	0.631	228.8 \pm 64.2	223.5 \pm 63.2	0.725
Demir (mg)	60 \pm 25.1	66.9 \pm 21.8	0.211	153.9 \pm 39.4	150.1 \pm 40.9	0.156
Çinko (mg)	94.1 \pm 35.5	103.8 \pm 33.6	0.311	130.7 \pm 34.3	122.8 \pm 33.3	0.667

Enerji, fosfor, demir, çinko, magnezyum, vitamin B3, vitamin B6, folat; t-testi. Protein, posa, A, E, B12, B1, B2, C vitaminleri, folik asit, kalsiyum; Mann-Whitney U testi. *p<0.05.

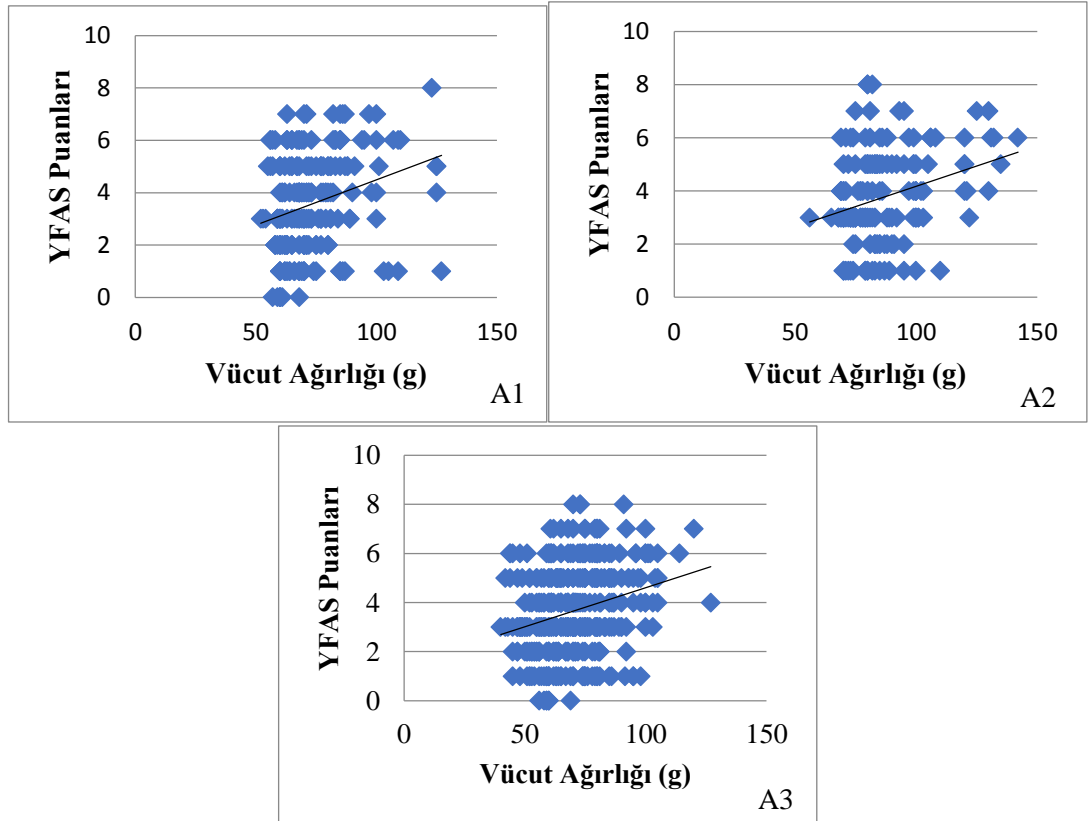
Tablo 24: Yeme davranış bozukluğu riski ve cinsiyete göre besin grupları günlük tüketim miktarları (g/gün).

	Kadın (S=210)			Erkek (S=160)		
	EAT-26 puanı ≥20 ($\bar{x} \pm SS$)	EAT-26 puanı <20 ($\bar{x} \pm SS$)	p	EAT-26 puanı ≥20 ($\bar{x} \pm SS$)	EAT-26 puanı <20 ($\bar{x} \pm SS$)	p
Süt ve Süt Ürünleri Grubu	247.3±137.8	230.1±122.9	0.476	272.3±150.0	303.1±211.0	0.412
Ekmek ve Tahıl Grubu	295.6±124.9	301.5±133.2	0.292	275.0±121.9	310.3±142.1	0.196
Yağlı Tohumlar	44.6±27.8	40.8±33.1	0.168	40.5±40.3	44.3±35.1	0.370
Et-Yumurta Grubu	167.5±98.8	98.5±58.7	0.000*	189.5±132.2	130.9±82.0	0.003*
Sosis ve Sucuk Çeşitleri	8.3±7.6	8.4±8.3	0.083	7.8±7.9	9.7±9.7	0.388
Sebze Grubu	102.1±94.1	80.9±81.7	0.084	135.1±108.5	171.3±140.3	0.124
Patates, Nişastalı ve Mantar Türleri	111.7±58.6	105.7±74.9	0.175	124.8±69.0	130.8±64.2	0.684
Meyve Grubu	88.0±78.0	82.4±61.3	0.993	123.6±126.2	130.2±121.4	0.443
Tatlılar	50.3±42.6	47.0±38.9	0.199	90.4±70.9	67.7±53.6	0.015*
Kek, Pasta, Kurabiye, Bisküvi Çeşitleri	27.0±22.4	20.5±19.0	0.054	26.3±18.4	20.9±21.6	0.289
Sıvı ve Katı Yağlar	30.9±13.6	30.9±17.1	0.876	27.8±19.7	31.3±18.5	0.174

Ekmek ve tahıl grubu, tatlılar, sosis ve sucuk çeşitleri, kek, pasta, kurabiye, bisküvi çeşitleri; t-testi. Diğer besin grupları; Mann-Whitney U testi.

*p<0.05.

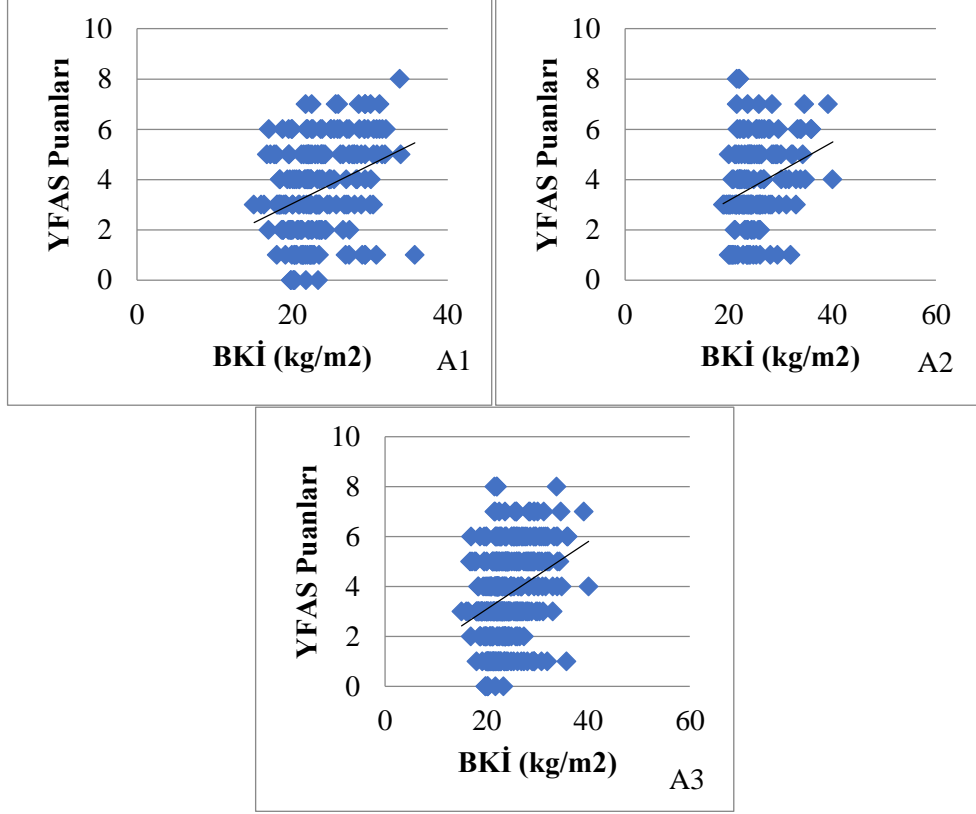
4.6 Yeme Bağımlılığı, Yeme Bozukluğu, Besin Tüketimi ve Antropometrik Ölçüm İlişkisi



Şekil 5: Vücut ağırlığı ile yeme bağımlılığı ilişkisi.

A1: Kadınlarda ($r=0.265$, $p<0.001$), A2: Erkeklerde ($r=0.297$, $p<0.001$), A3: Toplam ($r=0.263$, $p<0.001$).

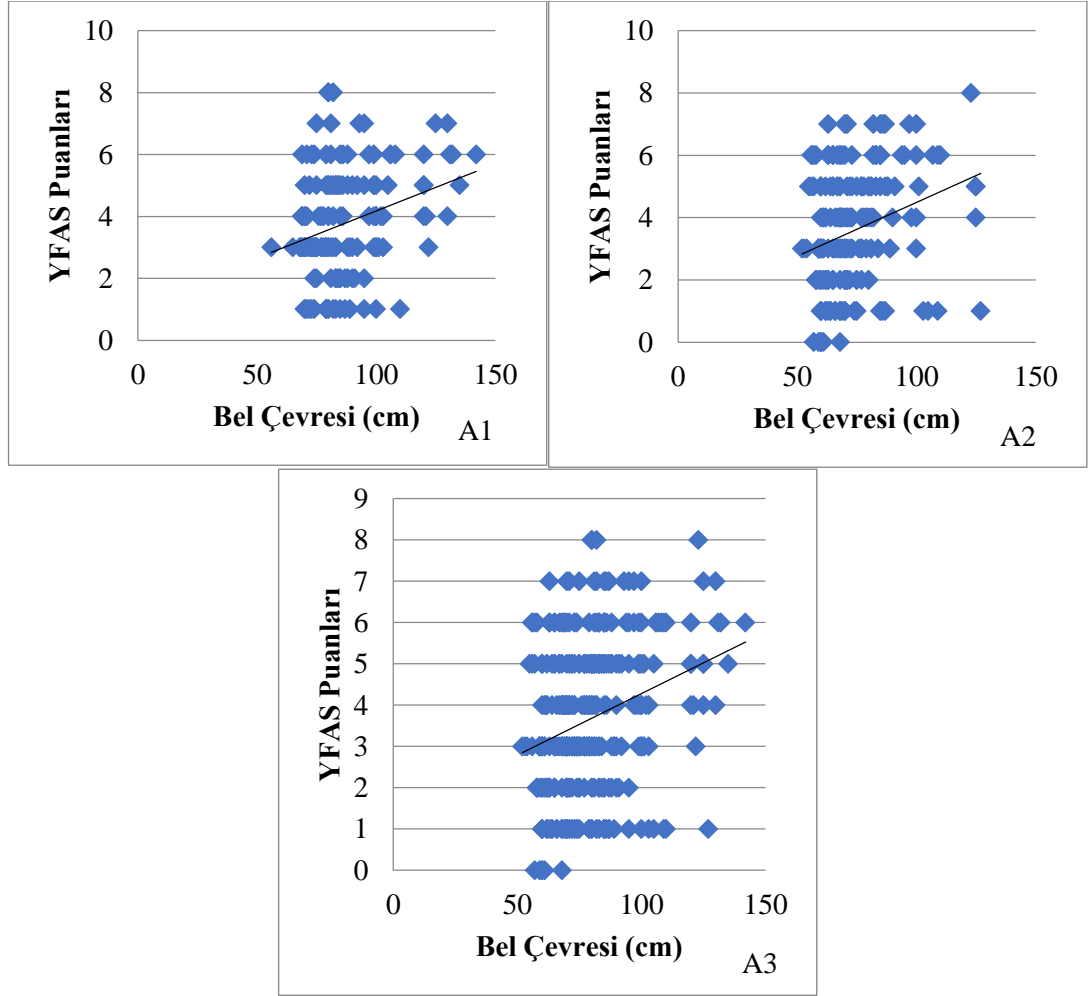
Kadın, erkek ve tüm bireylerde vücut ağırlığı ile YFAS puanları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Buna göre yeme bağımlılığı riski arttıkça vücut ağırlığı da artmaktadır (Şekil 5).



Şekil 6: YFAS toplam puanları ve BKİ ilişkisi.

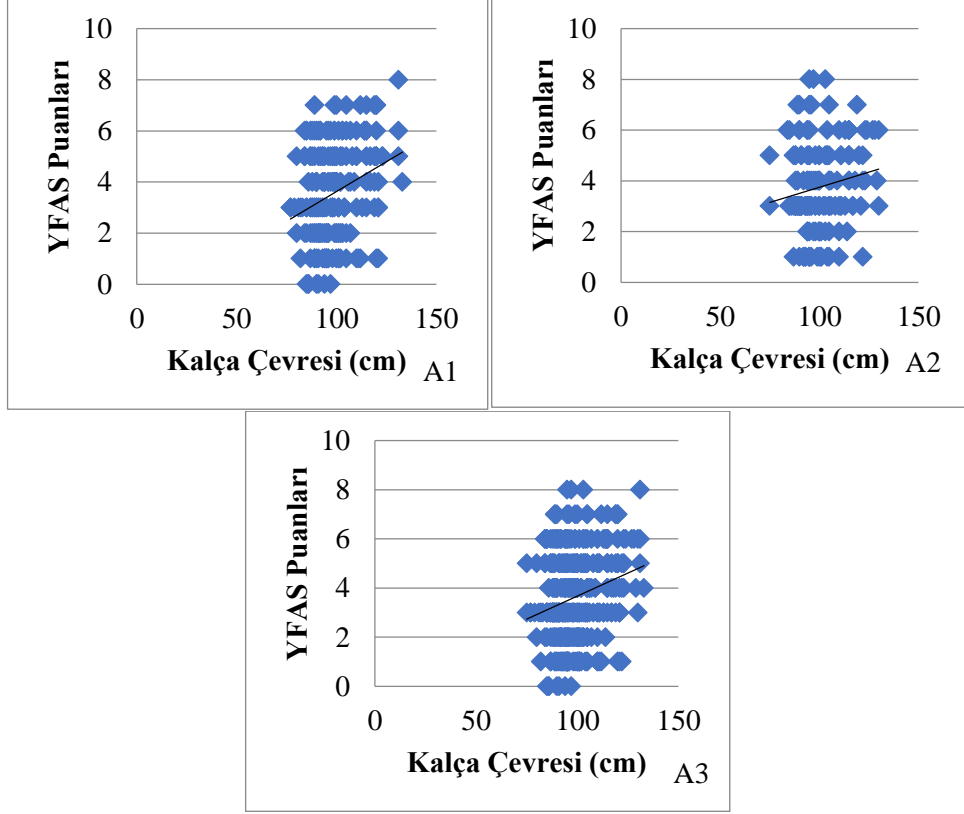
A1: Kadınlar ($r=0.336$, $p<0.001$), A2: Erkekler ($r=0.289$, $p<0.001$), A3: Toplam ($r=0.319$, $p<0.001$).

Kadın, erkek ve tüm bireylerin YFAS puanları ile BKİ değerleri arasında aynı yönlü orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre yeme bozukluğu riski arttıkça BKİ de artmaktadır (Şekil 6).



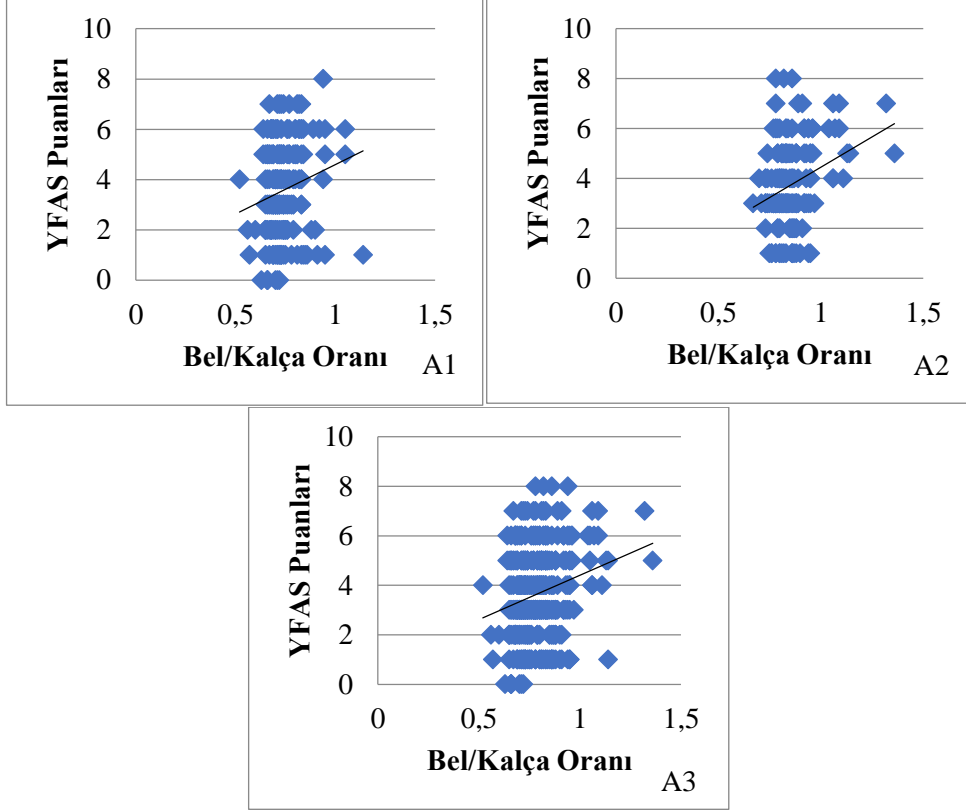
Şekil 7: YFAS puanları ile bel çevresi ilişkisi.
A1:Kadınlar ($r=0.279$, $p<0.001$), A2:Erkekler ($r=0.251$, $p<0.001$), A3:Toplam ($r=0.264$, $p<0.001$).

Şekil 7'e göre bireylerin YFAS puanları ile bel çevreleri arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Buna göre yeme bağımlılığı riski arttıkça bel çevresi de artmaktadır.



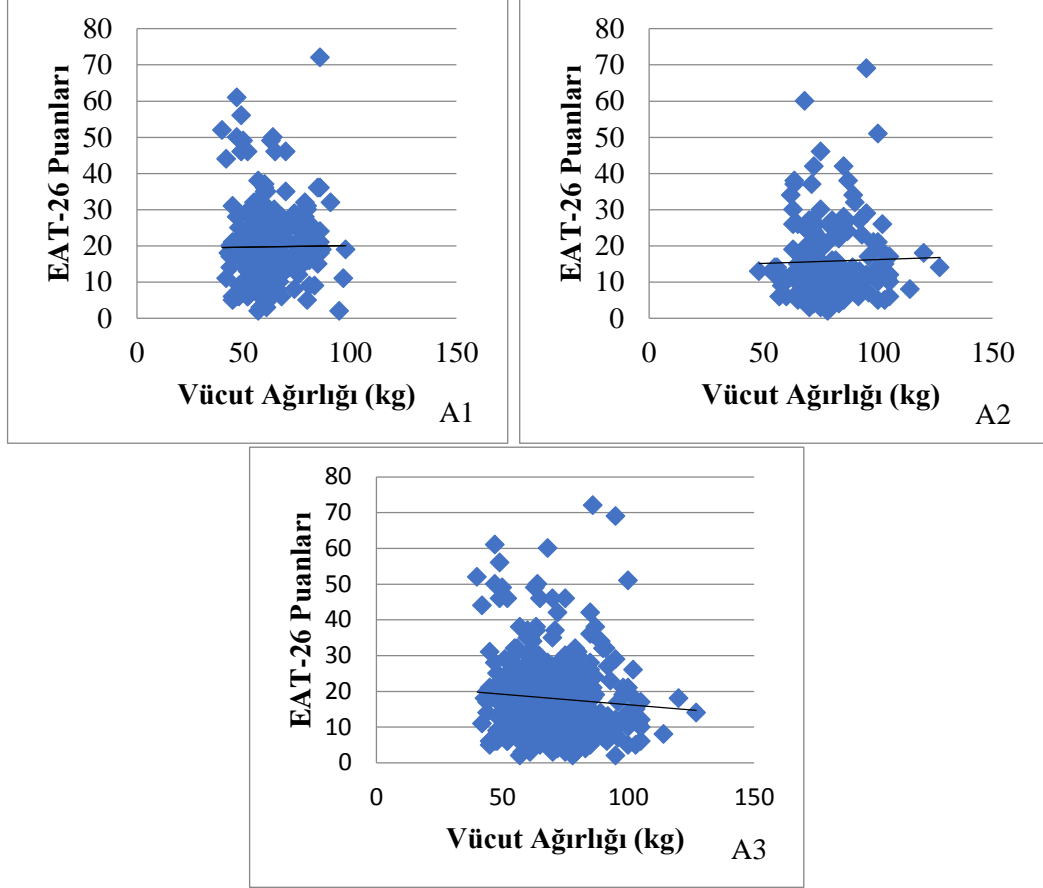
Şekil 8: Bireylerin YFAS puanları ve kalça çevreleri arasındaki ilişki.
A1: Kadın ($r=0.290$, $p<0.001$), A2: Erkek ($r=0.161$, $p=0.042$), A3: Toplam ($r=0.240$, $p<0.01$).

Şekil 8’de gösterildiği gibi bireylerin kalça çevre ölçümleri ile YFAS puanları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre bireylerin yeme bağımlılığı riski arttıkça kalça çevresi değerleri de artmaktadır.



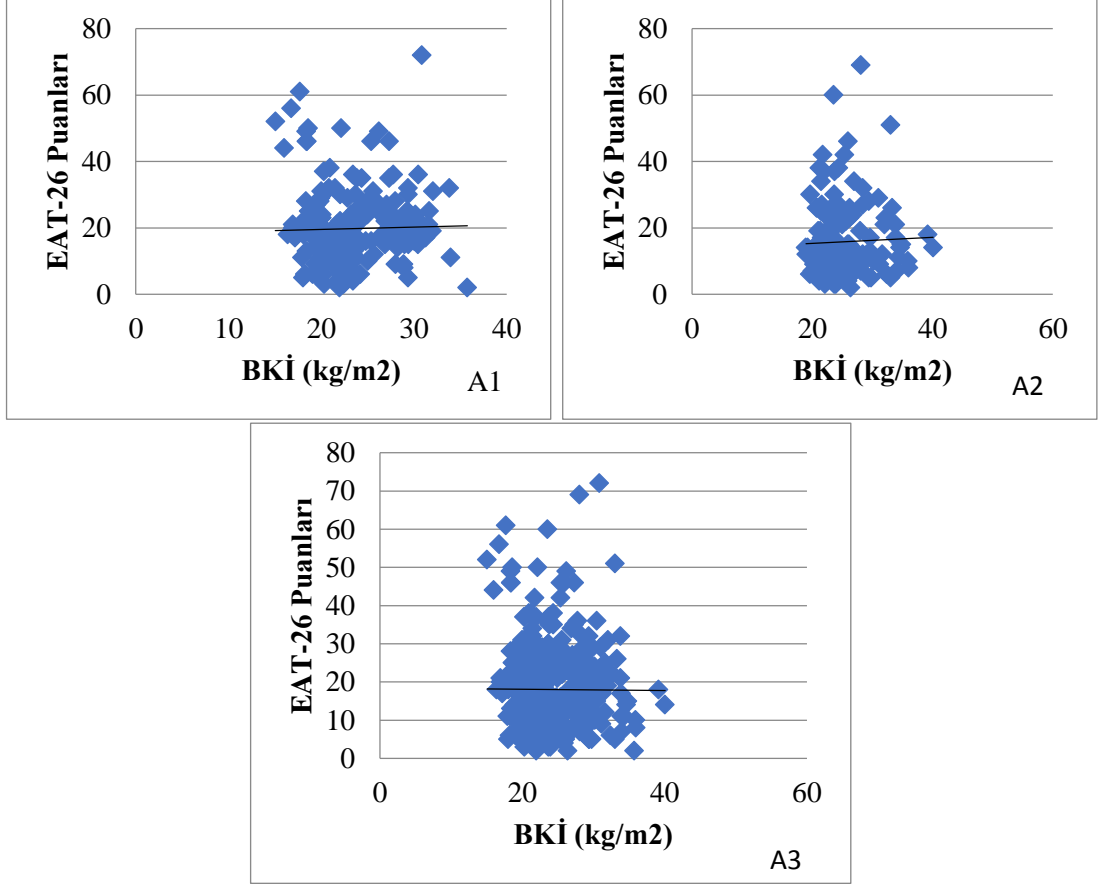
Şekil 9: Bireylerin bel/kalça oranı ile YFAS puanları ilişkisi.
A1: Kadınlar ($r=0.179$, $p=0.010$) , A2: Erkekler ($r=0.233$, $p=0.003$), A3: Toplam
($r=0.177$, $p=0.001$).

Bireylerin bel/kalça oranları ile YFAS puanları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Buna göre yeme bağımlılığı riski arttıkça bel/kalça oranları da artmaktadır.



Şekil 10: EAT-26 toplam puanları ile bireylerin vücut ağırlığı ilişkisi.
A1: Kadın ($r=0.082$, $p=0.238$), A2: Erkek ($r=0.004$, $p=0.956$), A3: Toplam ($r=-0.055$, $p=0.290$)

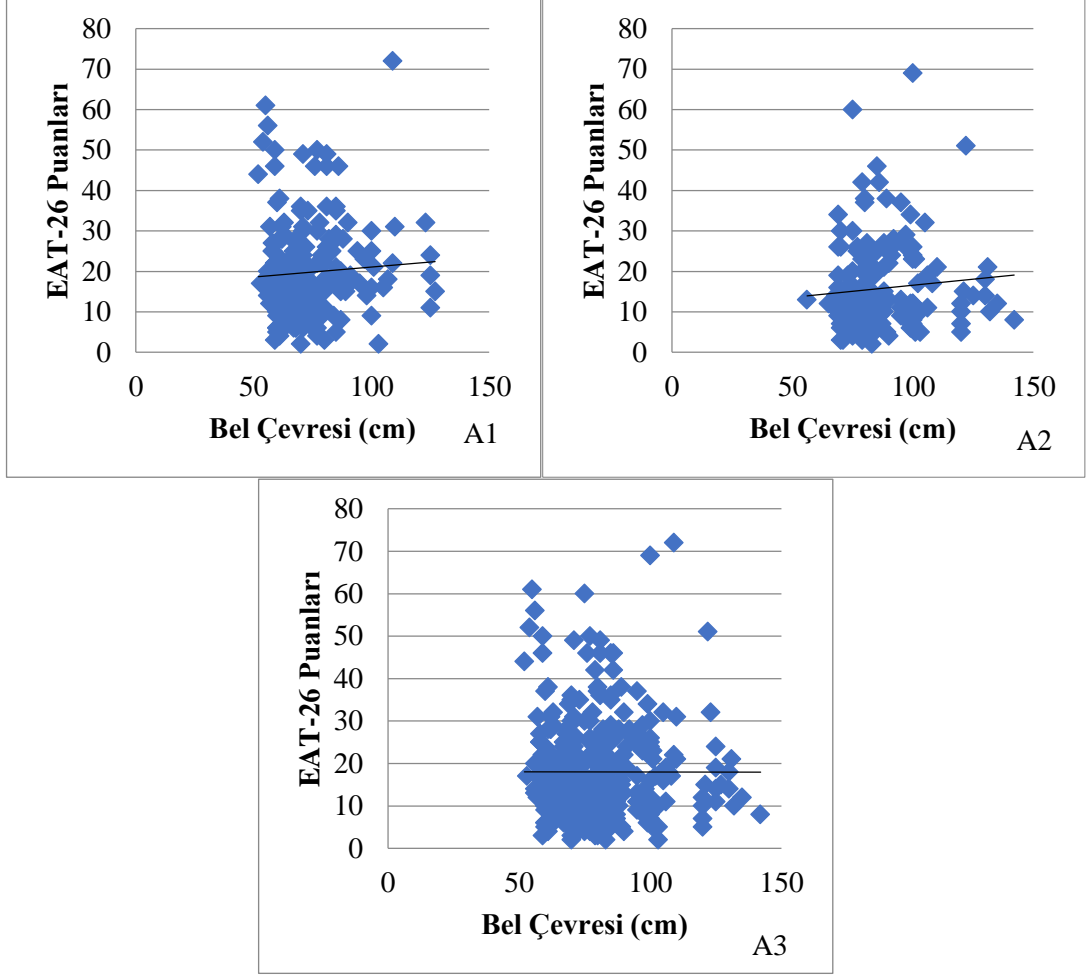
Bireylerin EAT-26 puanları ile vücut ağırlığı arasında bir ilişki belirlenememiştir ($p>0.01$).



Şekil 11: EAT-26 toplam puanları ve BKİ ilişkisi.

A1: Kadın ($r=0.098$, $p=0.155$), A2: Erkek ($r=0.011$, $p=0.891$), A3: Toplam ($r=0.036$, $p=0.491$)

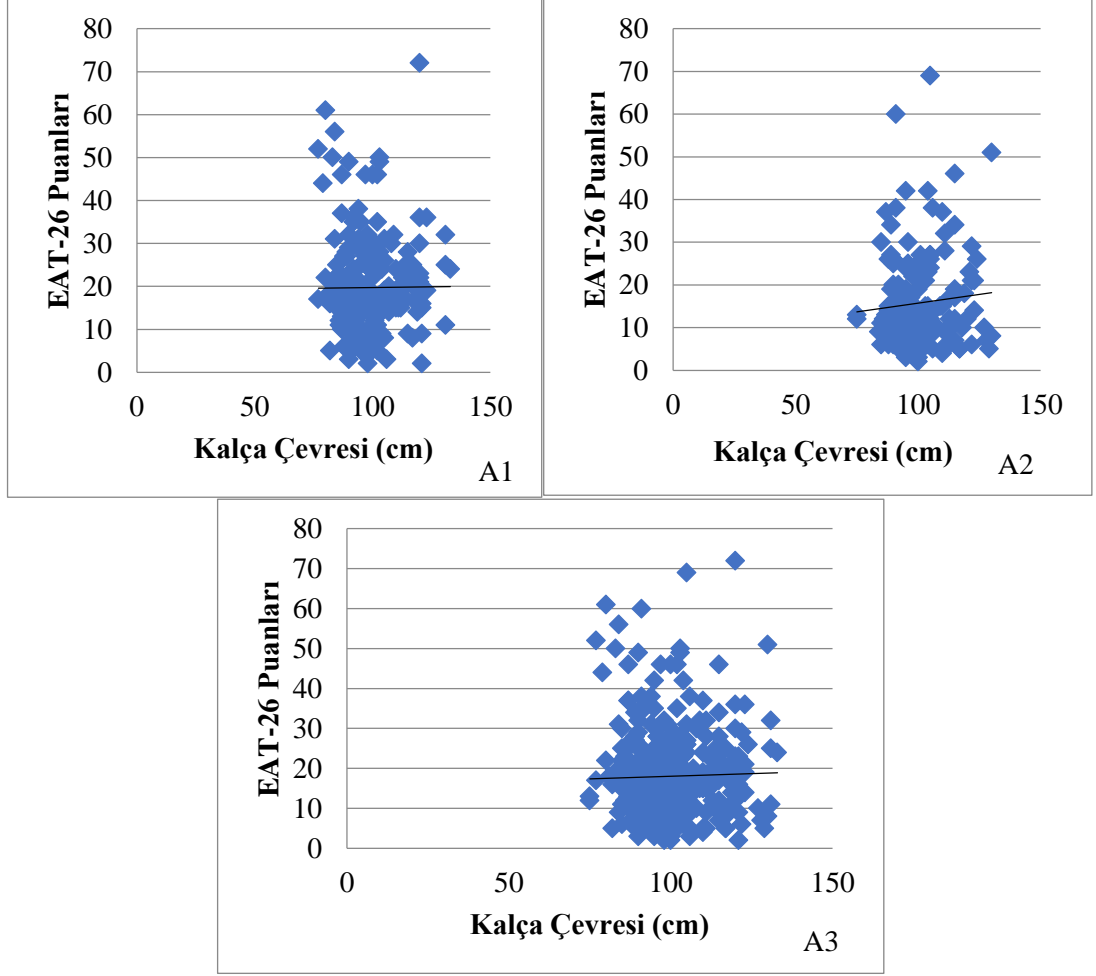
Bireylerin EAT-26 puanları ile BKİ arasında bir ilişki belirlenememiştir ($p>0.01$).



Şekil 12: Bireylerin bel çevresi ile EAT-26 puanları ilişkisi.

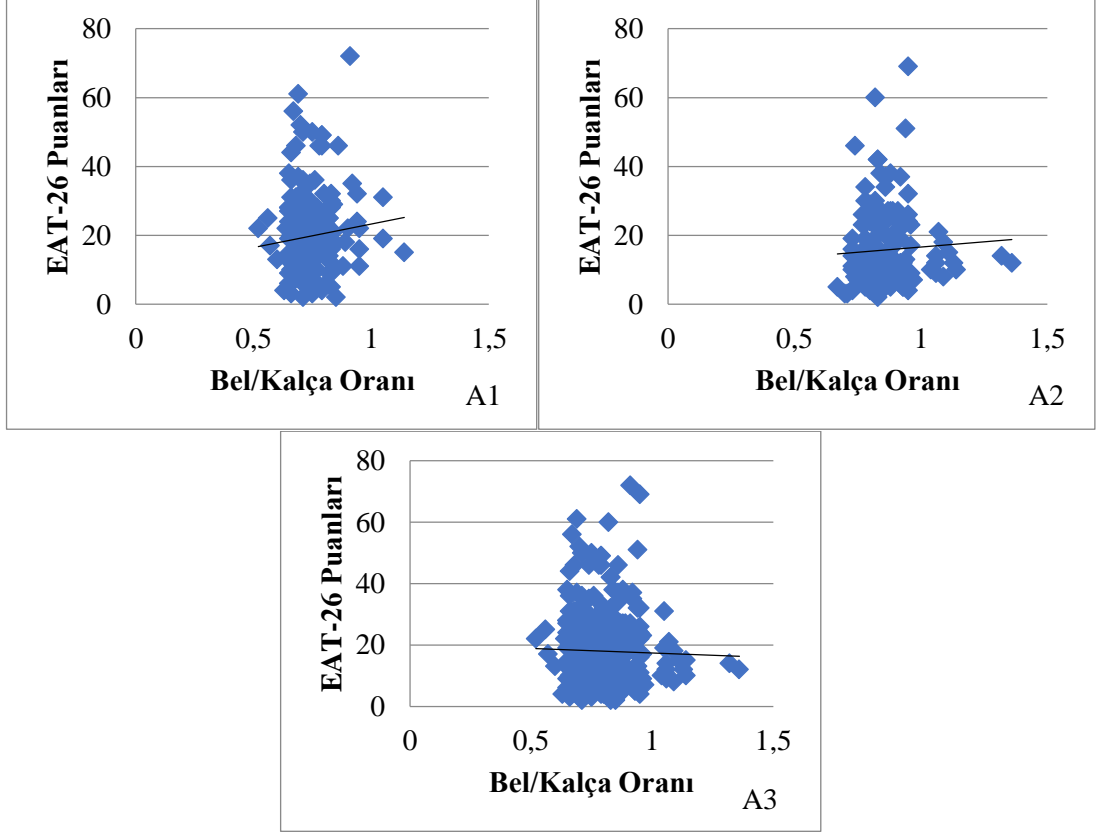
A1: Kadın ($r=0.061$, $p=0.383$), A2: Erkek ($r=-0.109$, $p=0.169$), A3: Toplam ($r=-0.004$, $p=0.939$)

Bireylerin bel çevreleri ile EAT-26 puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.01$).



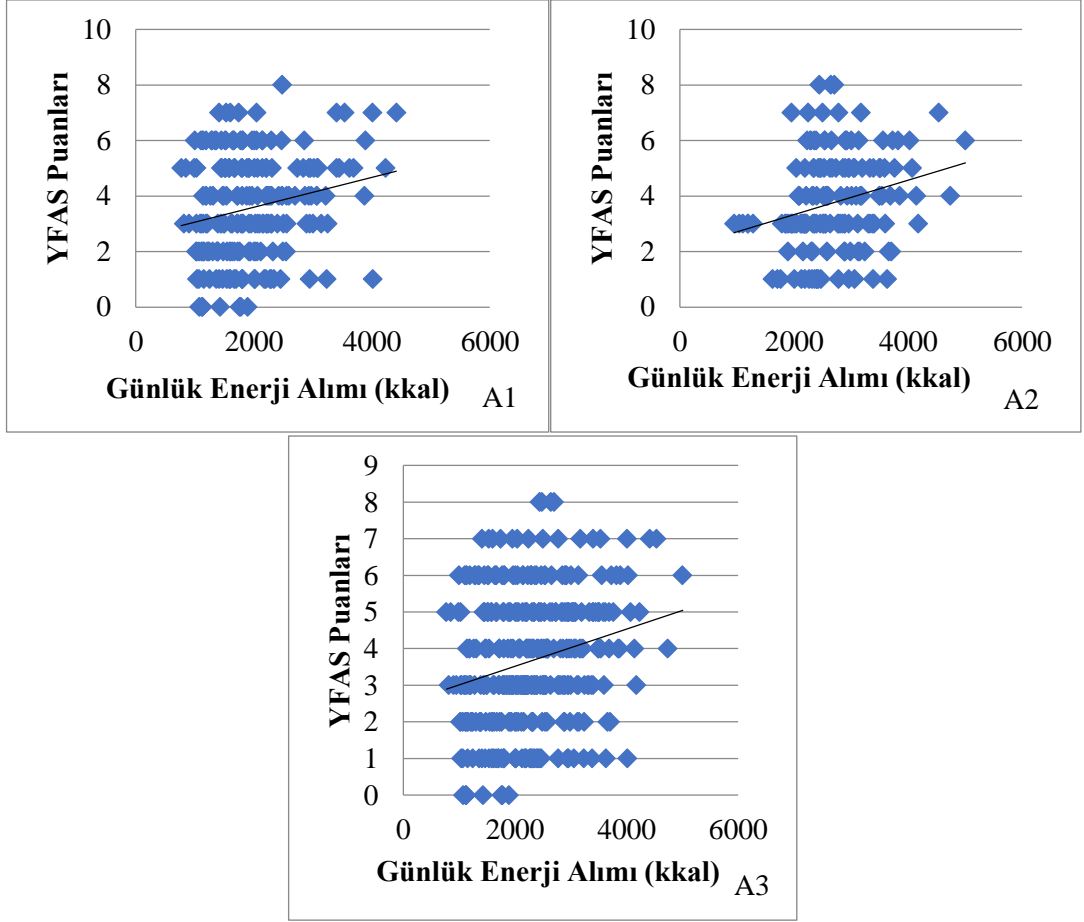
Şekil 13: Bireylerin kalça çevre ölçümleri ile EAT-26 puanları ilişkisi.
A1: Kadın ($r=0.046$, $p=0.509$), A2: Erkek ($r=0.040$, $p=0.615$), A3: Toplam ($r=0.038$, $p=0.467$).

Şekil 13’de görüldüğü gibi bireylerin EAT-26 puanları ile kalça çevreleri arasında bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.01$).



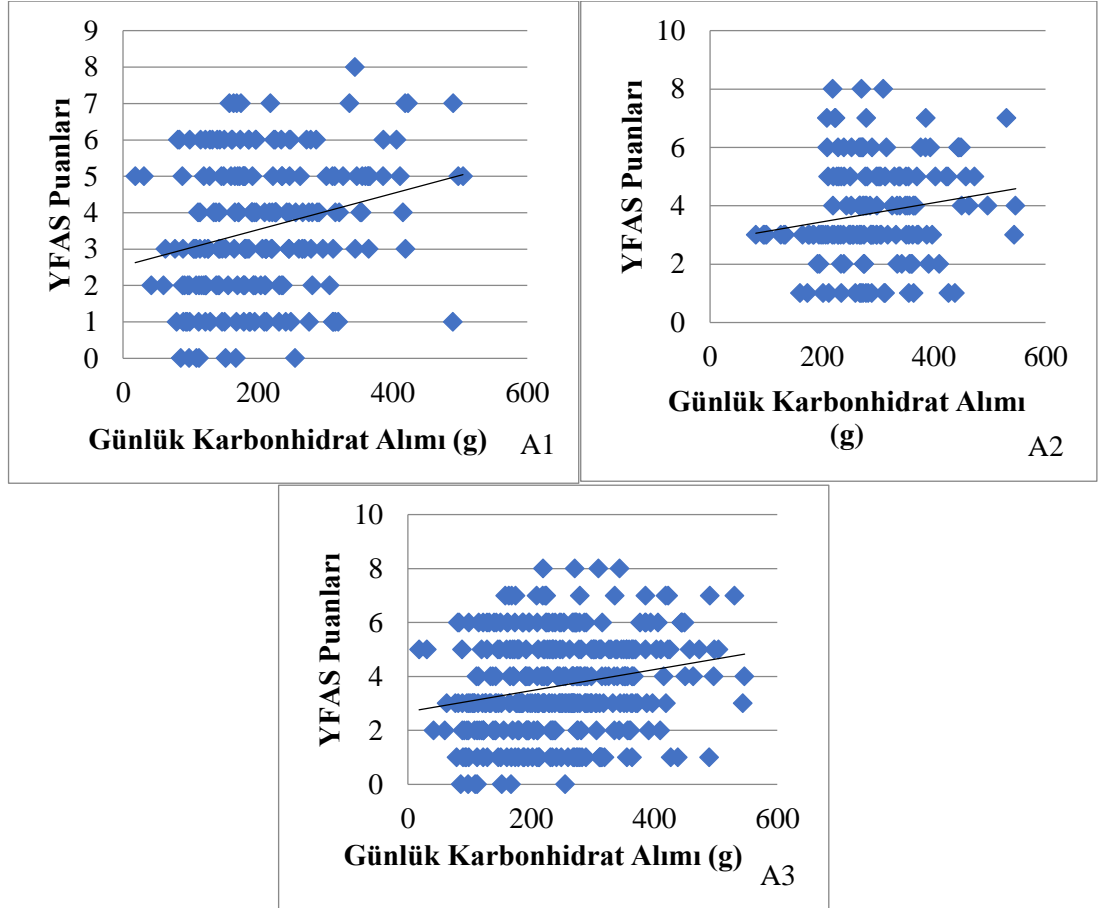
Şekil 14: Bireylerin EAT-26 puanları ile bel/kalça oranları ilişkisi.
A1: Kadın ($r=0.047$, $p=0.496$), A2: Erkek ($r=-0.113$, $p=0.154$), A3: Toplam ($r=-0.052$, $p=0.317$)

Bireylerin bel/kalça oranları ile yeme bozukluğu riski arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.01$).



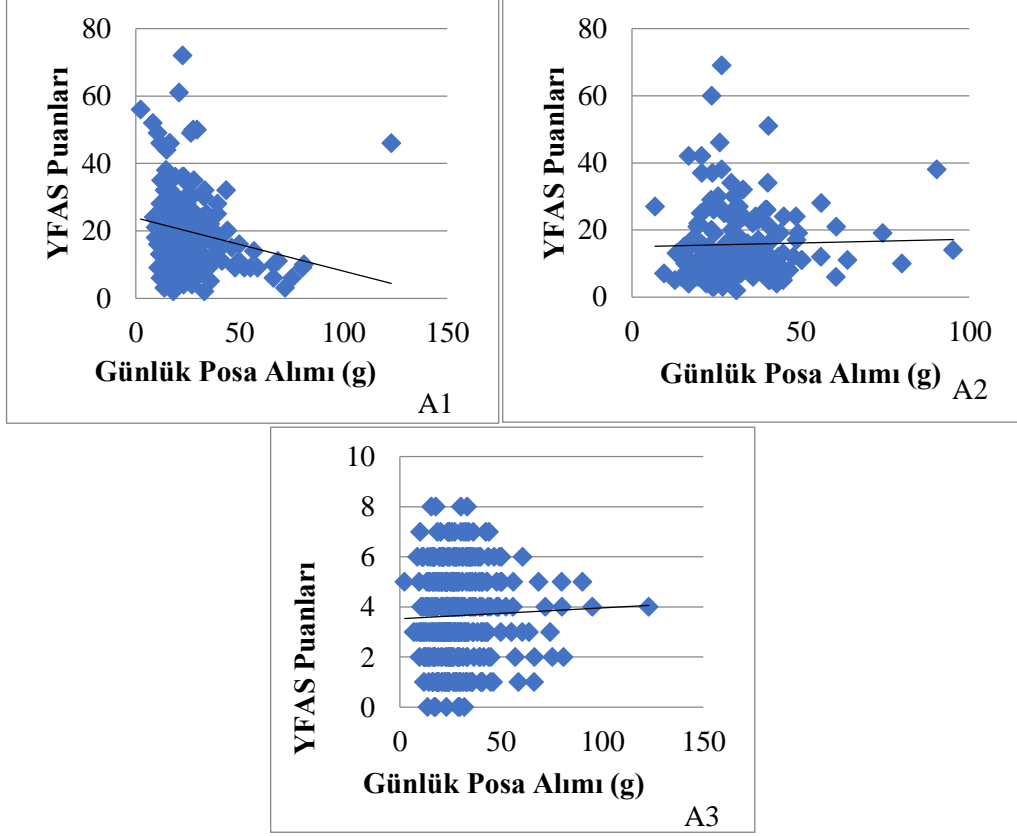
Şekil 15: Bireylerin günlük enerji alımı ile yeme bağımlılığı ilişkisi. A1: Kadın ($r=0.214$, $p=0.002$), A2: Erkek ($r=0.225$, $p=0.001$), A3: Toplam ($r=0.228$, $p<0.001$).

Bireylerin günlük enerji alımları ile yeme bağımlılığı arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Buna göre yeme bağımlılığı riski arttıkça, günlük enerji alımı da artmaktadır.



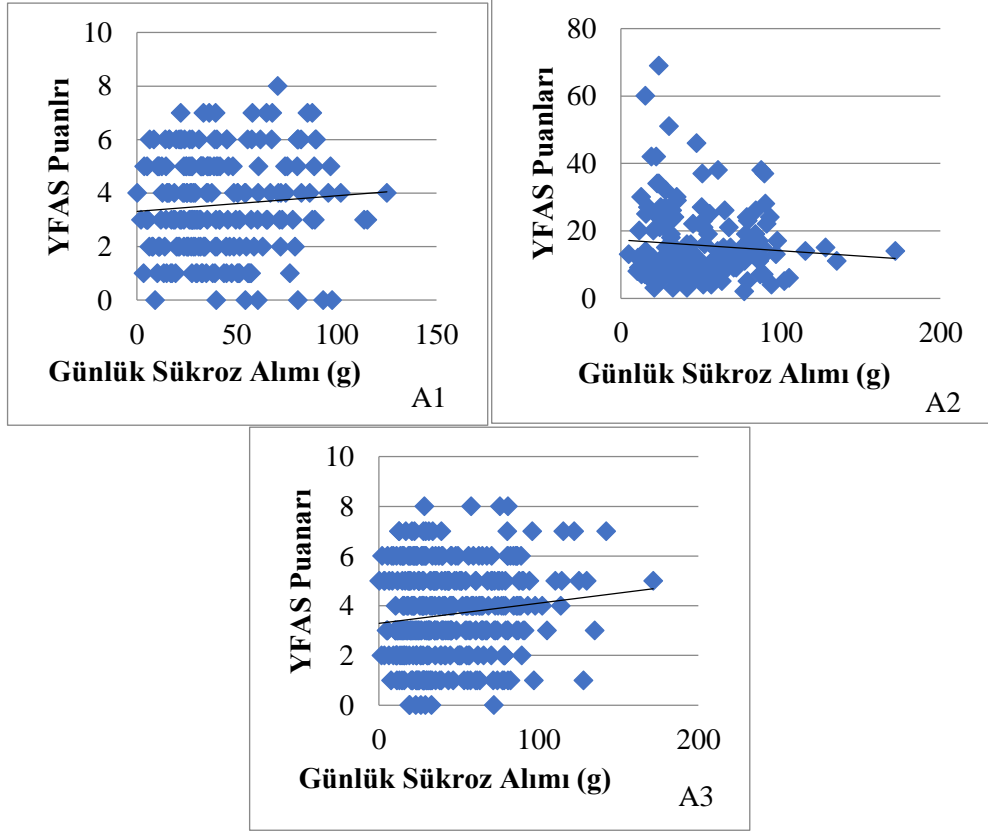
Şekil 16: Bireylerin günlük karbonhidrat alımı ile yeme bağımlılığı ilişkisi.
A1: Kadın ($r=0.254$, $p<0.001$), A2: Erkek ($r=0.171$, $p=0.031$), A3: Toplam ($r=0.222$, $p<0.001$).

Bireylerin günlük karbonhidrat alımları ile yeme bağımlılığı arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre yeme bağımlılığı riski arttıkça, bireylerin günlük karbonhidrat alımları da artmaktadır.



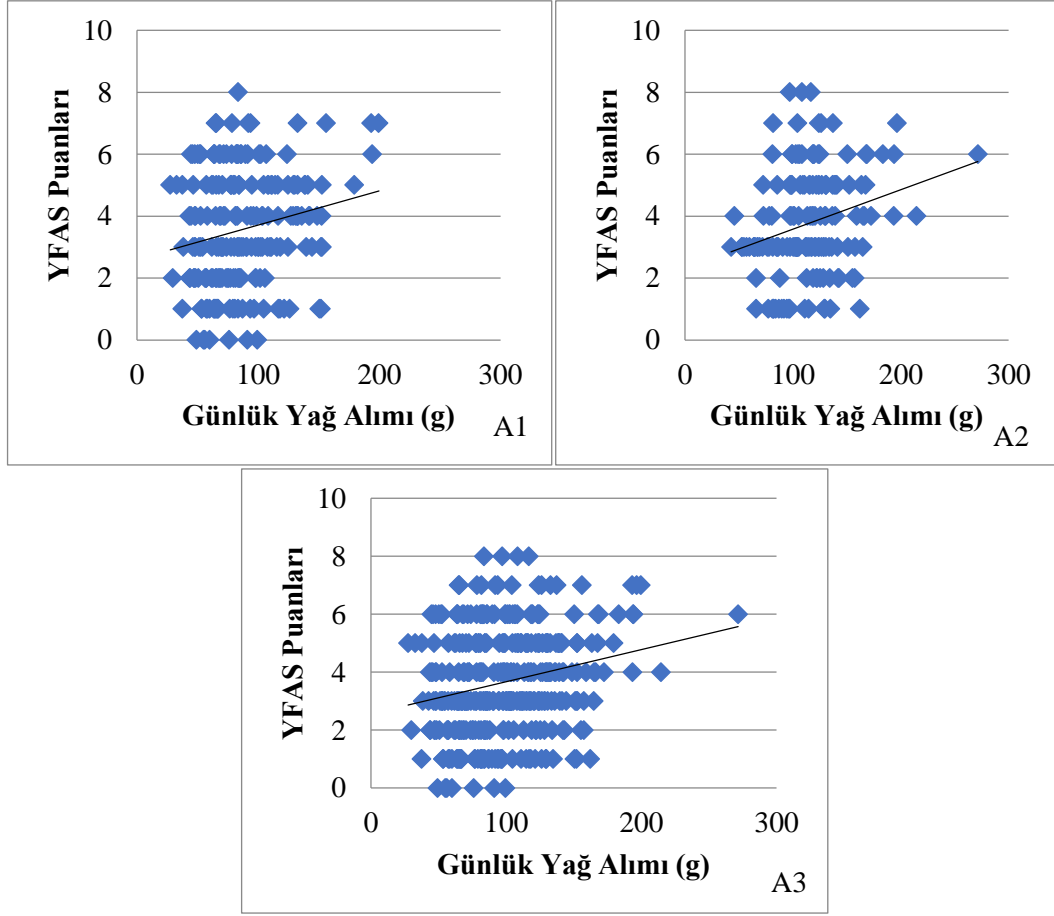
Şekil 17: Bireylerin günlük posa alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi.
A1: Kadın ($r=0.000$, $p=0.996$), A2: Erkek ($r=0.139$, $p=0.079$), A3: Toplam ($r=0.058$, $p=0.263$).

Bireylerin günlük posa alımları ile yeme bağımlılığı arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).



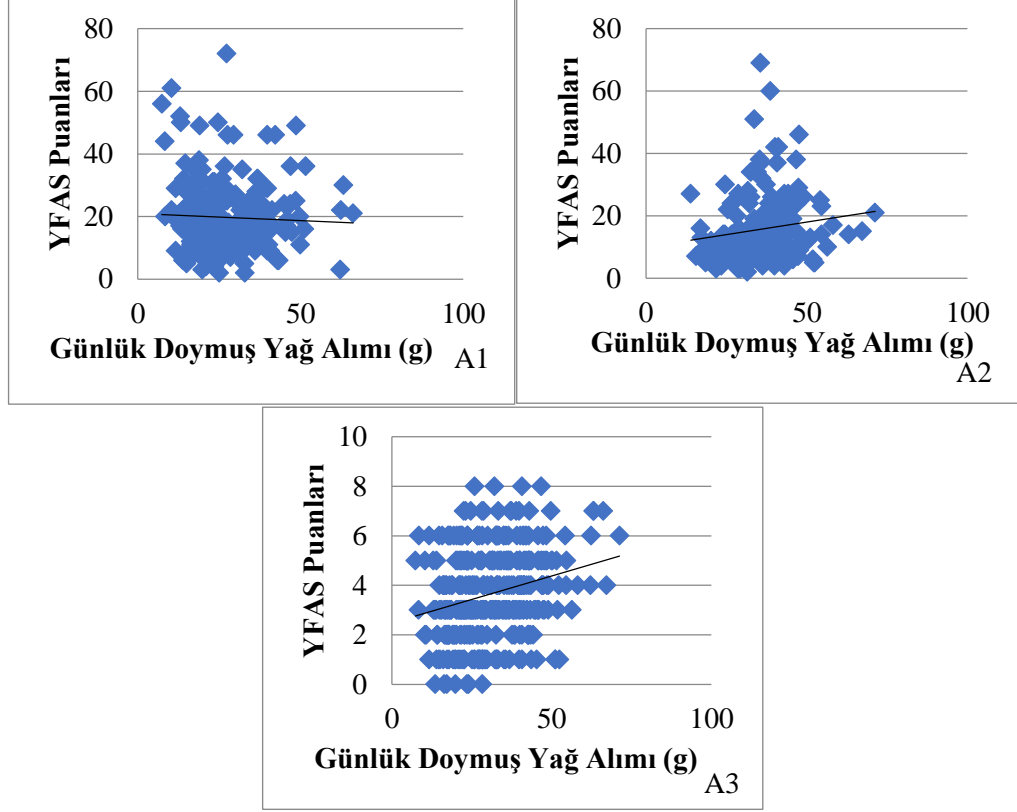
Şekil 18: Bireylerin günlük sükröz alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi. A1: Kadın ($r=0.127$, $p=0.067$), A2: Erkek ($r=0.030$, $p=0.707$), A3: Toplam ($r=0.104$, $p=0.046$).

Yeme bağımlılığı ile bireylerin günlük sükröz alımları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$), fakat cinsiyetlere göre bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).



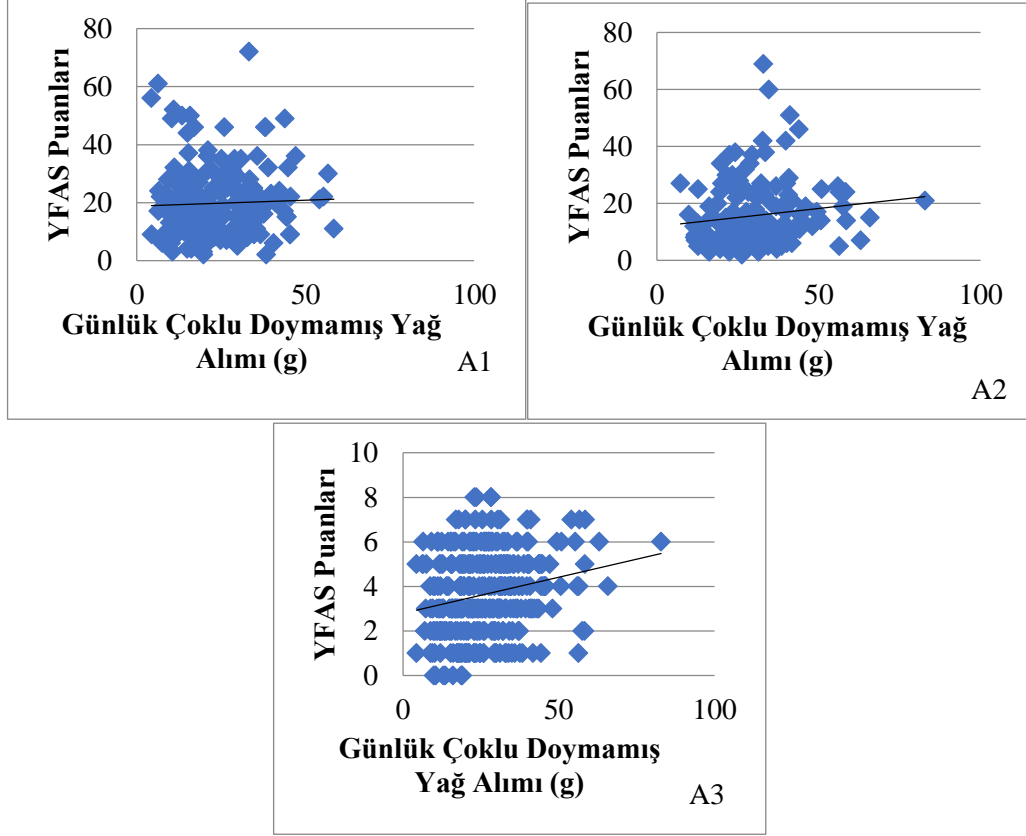
Şekil 19: Bireylerin günlük yağ alım miktarı ile yeme bağımlılığı ilişkisi.
A1: Kadın ($r=0.197$, $p=0.004$), A2: Erkek ($r=0.259$, $p=0.001$), A3: Toplam ($r=0.225$, $p<0.001$).

Bireylerin günlük yağ alımları ile yeme bağımlılığı arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Buna göre bireylerin yeme bağımlılığı riski arttıkça, günlük yağ alımları da artmaktadır.



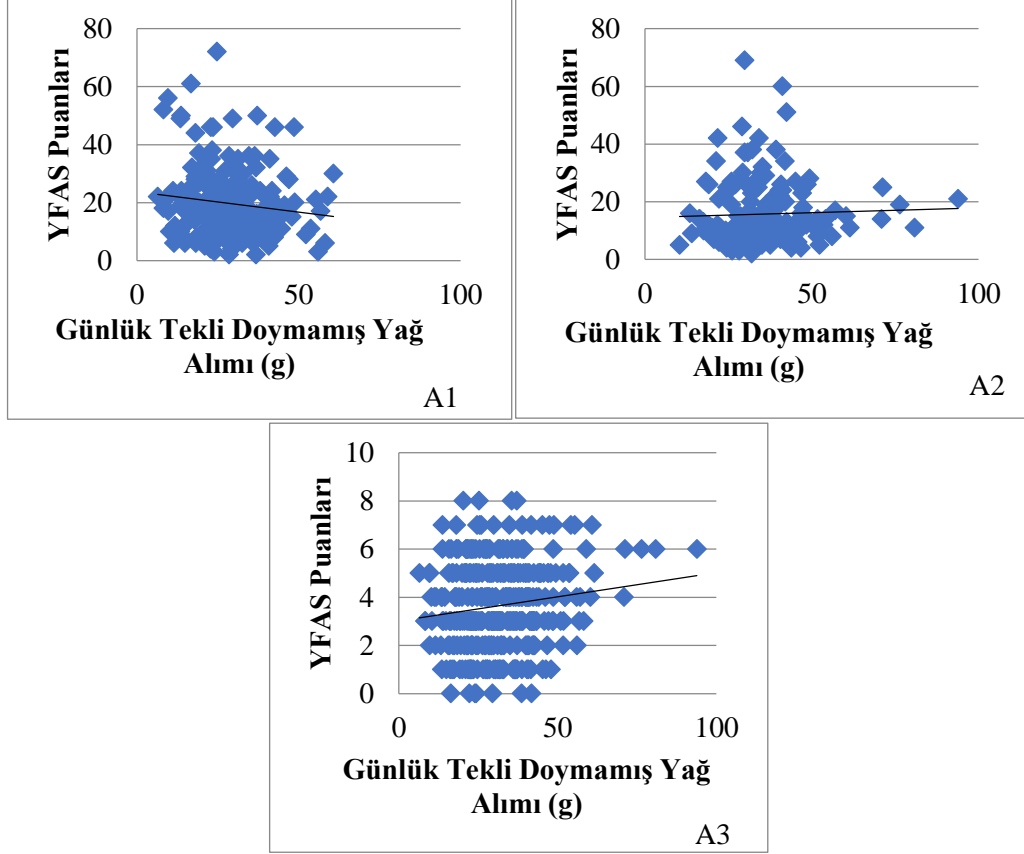
Şekil 20: Bireylerin günlük doymuş yağ alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi.
A1: Kadın ($r=0.243$, $p<0.001$), A2: Erkek ($r=0.259$, $p=0.001$), A3: Toplam ($r=0.249$, $p<0.001$).

Yeme bağımlılığı ile doymuş yağ alımı arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Buna göre bireylerin doymuş yağ alımları arttıkça yeme bağımlılığı riski de artmaktadır.



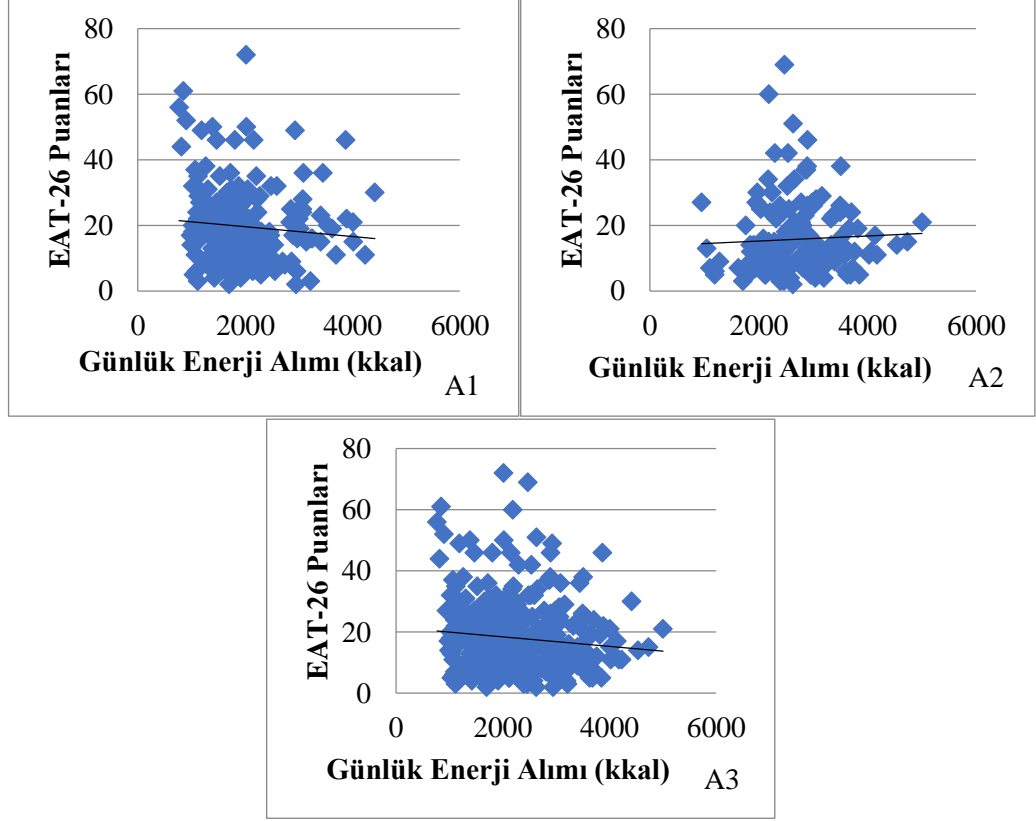
Şekil 21: Günlük çoklu doymamış yağ alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi. A1: Kadın ($r=0.231$, $p=0.001$), A2: Erkek ($r=0.185$, $p=0.019$), A3: Toplam ($r=0.216$, $p<0.001$).

Yeme bağımlılığı ve bireylerin günlük çoklu doymamış yağ alımları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre günlük çoklu doymamış yağ alımı arttıkça yeme bağımlılığı riski de artmaktadır.



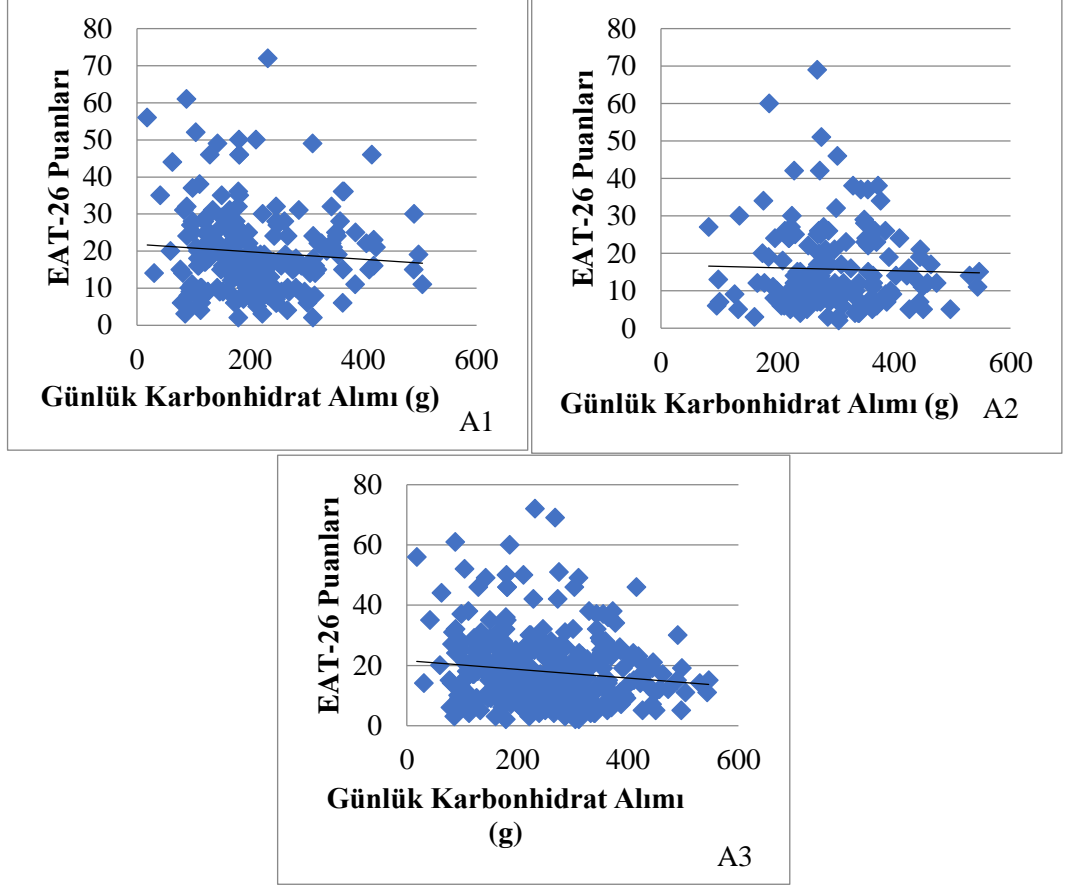
Şekil 22: Günlük tekli doymamış yağ alımları ile yeme bağımlılığı ilişkisi. A1: Kadın ($r=0.040$, $p=0.568$), A2: Erkek ($r=0.239$, $p=0.002$), A3: Toplam ($r=0.138$, $p<0.001$).

Kadınlarda günlük tekli doymamış yağ alımları ile yeme bağımlılığı arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$), erkeklerde ve örneklem toplamında günlük tekli doymamış yağ alımları ile yeme bağımlılığı arasında bir aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Buna göre günlük tekli doymamış yağ alımı arttıkça yeme bağımlılığı riski de artmaktadır.



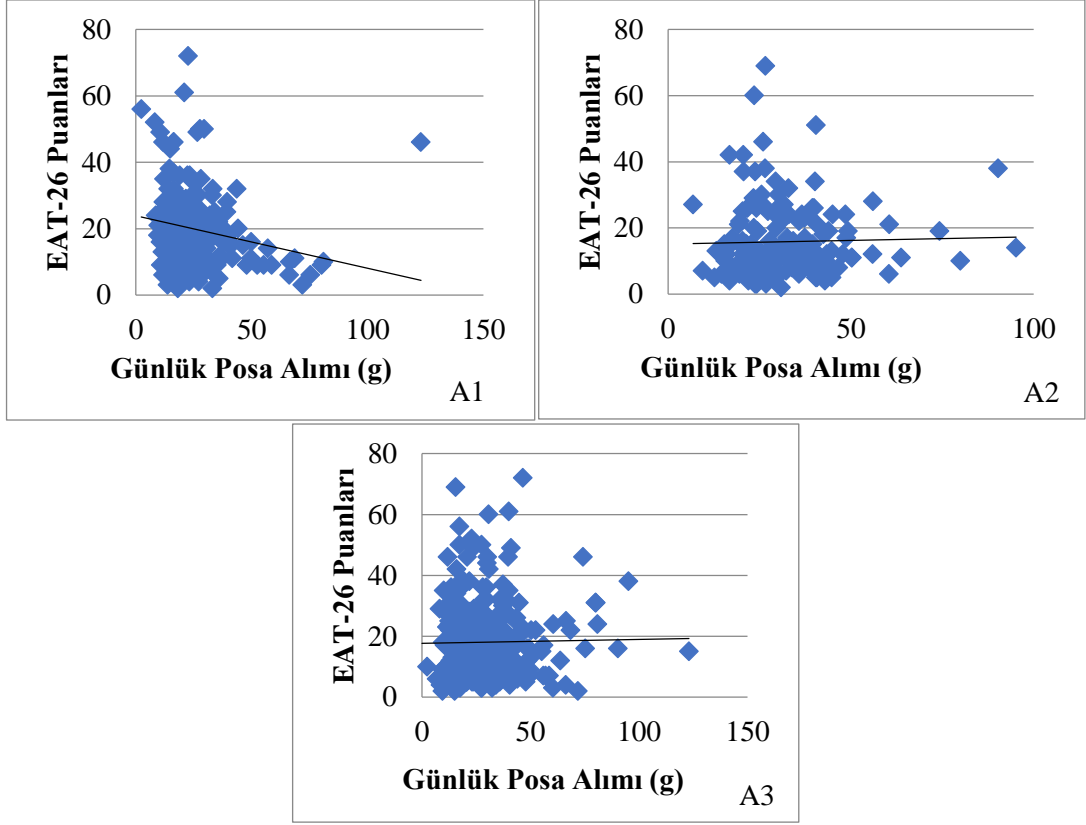
Şekil 23: Bireylerin günlük enerji alımı ile yeme bozukluğu ilişkisi.
A1: Kadın ($r=-0.123$, $p=0.074$), A2: Erkek ($r=0.113$, $p=0.155$), A3: Toplam ($r=-0.105$, $p=0.044$).

Bireylerin toplam EAT-26 puanları ile günlük enerji alım miktarları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$), fakat cinsiyet dağılımına göre bakıldığında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).



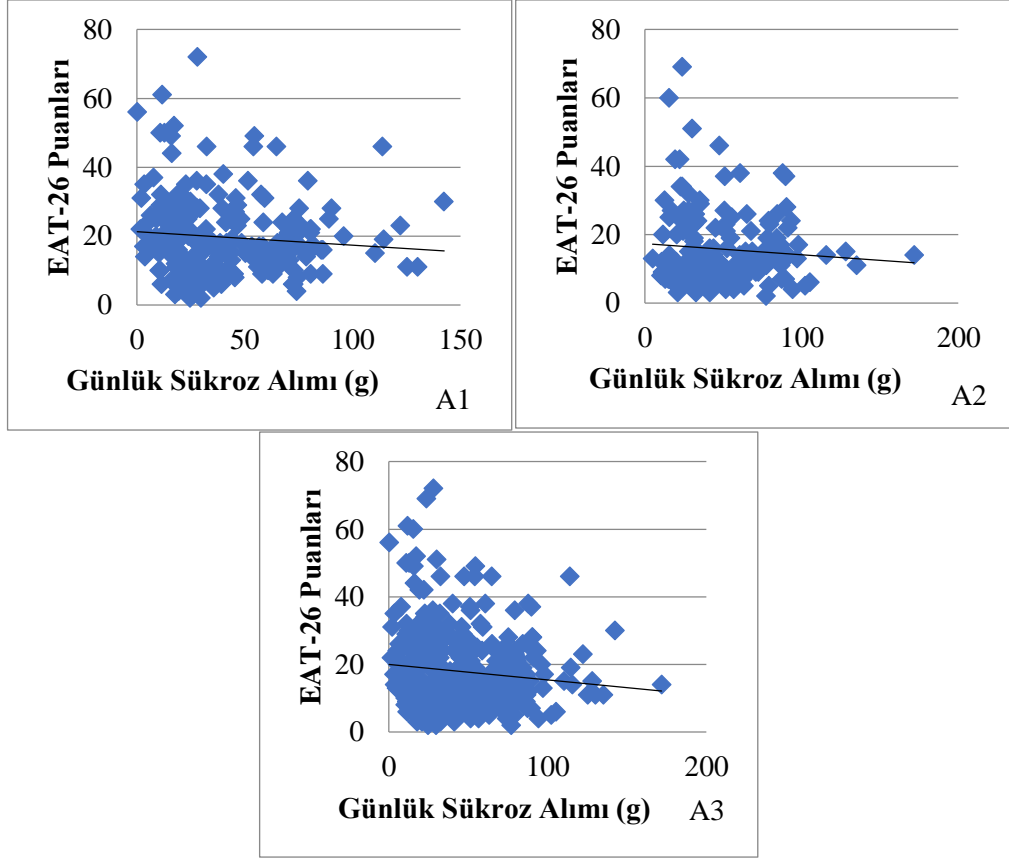
Şekil 24: Bireylerin günlük karbonhidrat alımı ile yeme bozukluğu ilişkisi.
A1: Kadın ($r=-0.104$, $p=0.134$), A2: Erkek ($r=0.030$, $p=0.709$), A3: Toplam ($r=-0.116$, $p=0.025$).

Yeme bozukluğu riski ile bireylerin günlük karbonhidrat alımları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$), fakat cinsiyet dağılımına göre bakıldığında aralarında bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$).



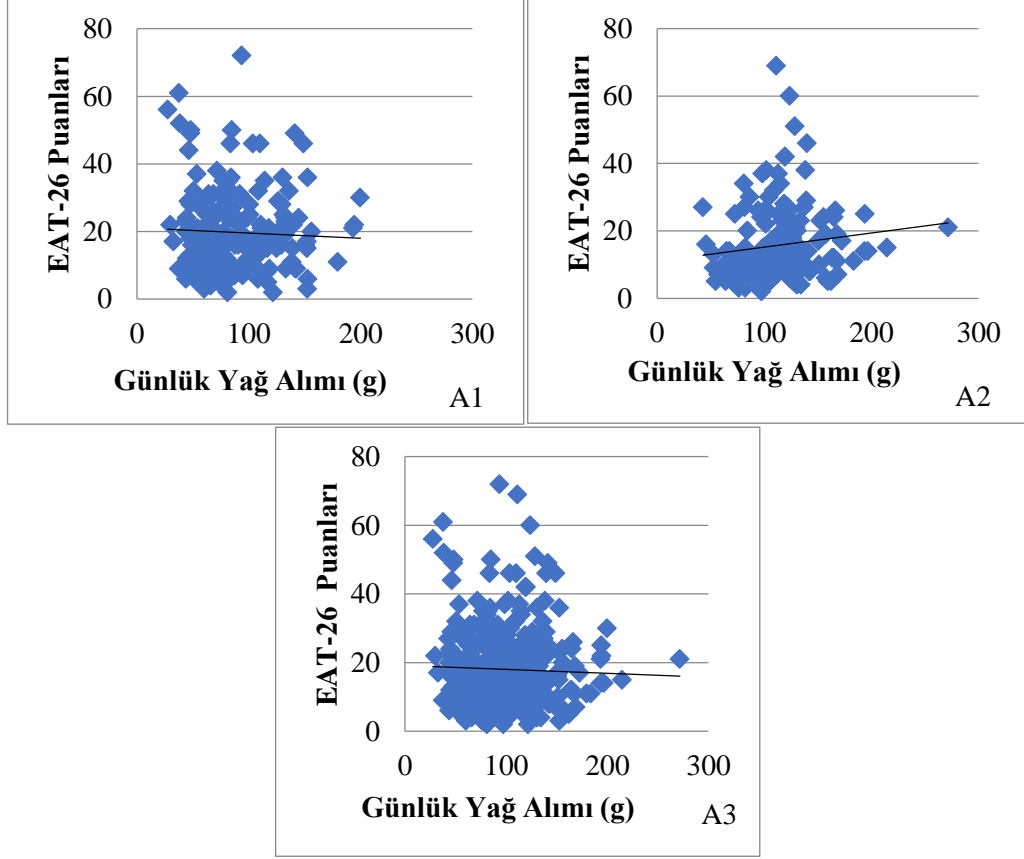
Şekil 25: Bireylerin günlük posa alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.
A1: Kadın ($r=-0.279$, $p<0.001$), A2: Erkek ($r=0.050$, $p=0.528$), A3: Toplam ($r=-0.187$, $p<0.001$).

Erkeklerde yeme bozukluğu riski ile günlük posa alımları arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$), kadınlarda ve örneklem toplamında yeme bozukluğu riski ile günlük posa alımları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Buna göre bireylerin günlük posa alımları azaldıkça yeme bozukluğu riski artmaktadır.



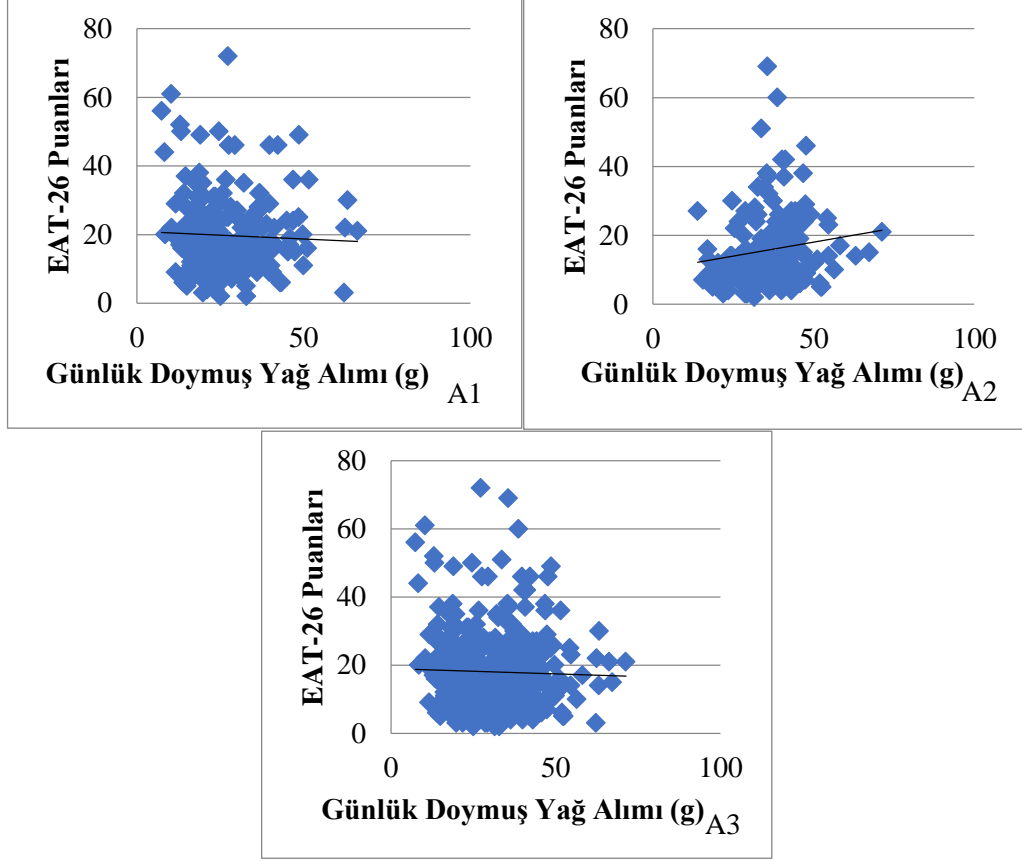
Şekil 26: Bireylerin günlük sükröz alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.
A1: Kadın ($r=-0.139$, $p=0.044$), A2: Erkek ($r=-0.005$, $p=0.951$), A3: Toplam ($r=-0.108$, $p=0.037$).

Erkeklerde EAT-26 puanları ile günlük sükröz alım miktarları arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$), kadınlarda ve örneklem toplamında EAT-26 puanları ile günlük sükröz alım miktarları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre bireylerin günlük sükröz alımları azaldıkça yeme bozukluğu riski artmaktadır.



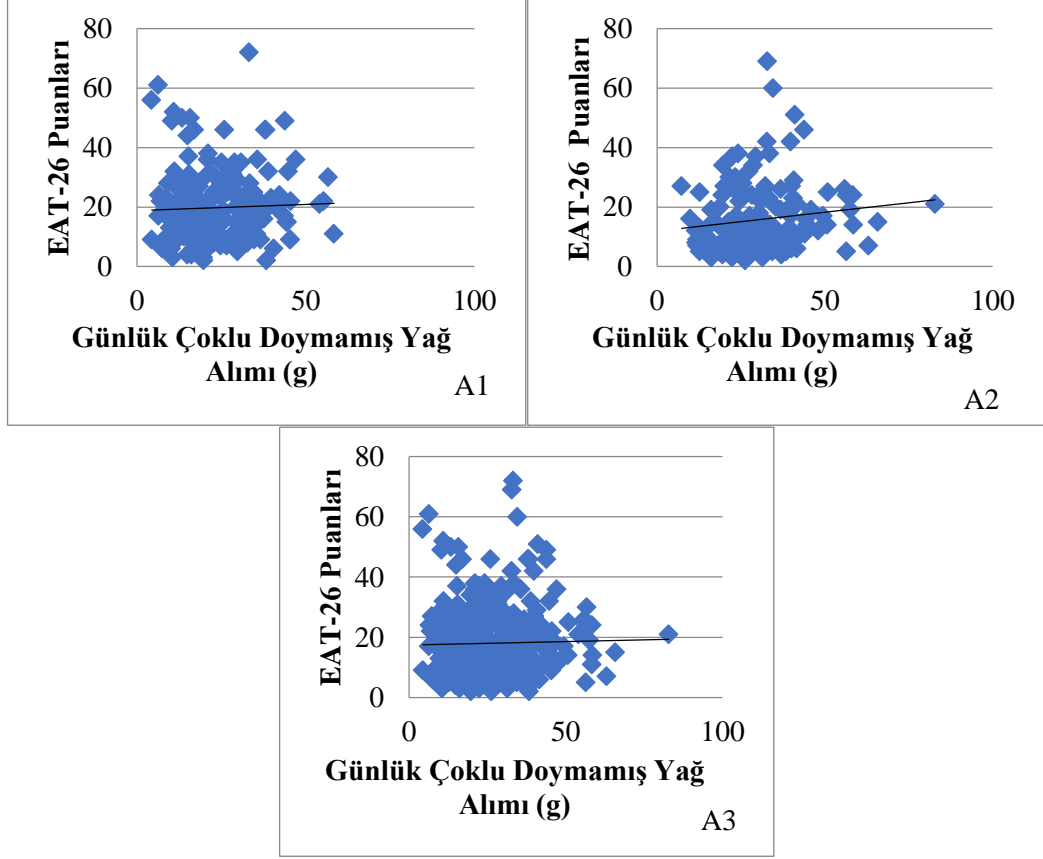
Şekil 27: Bireylerin günlük yağ alımları ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki. A1: Kadın ($r=-0.034$, $p=0.620$), A2: Erkek ($r=0.185$, $p=0.019$), A3: Toplam ($r=-0.19$, $p=0.715$).

Yeme bozukluğu riski ile bireylerin günlük yağ alım miktarları arasında sadece erkek bireylerde aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre erkeklerin günlük yağ alım miktarları arttıkça yeme bozukluğu riski de artmaktadır.



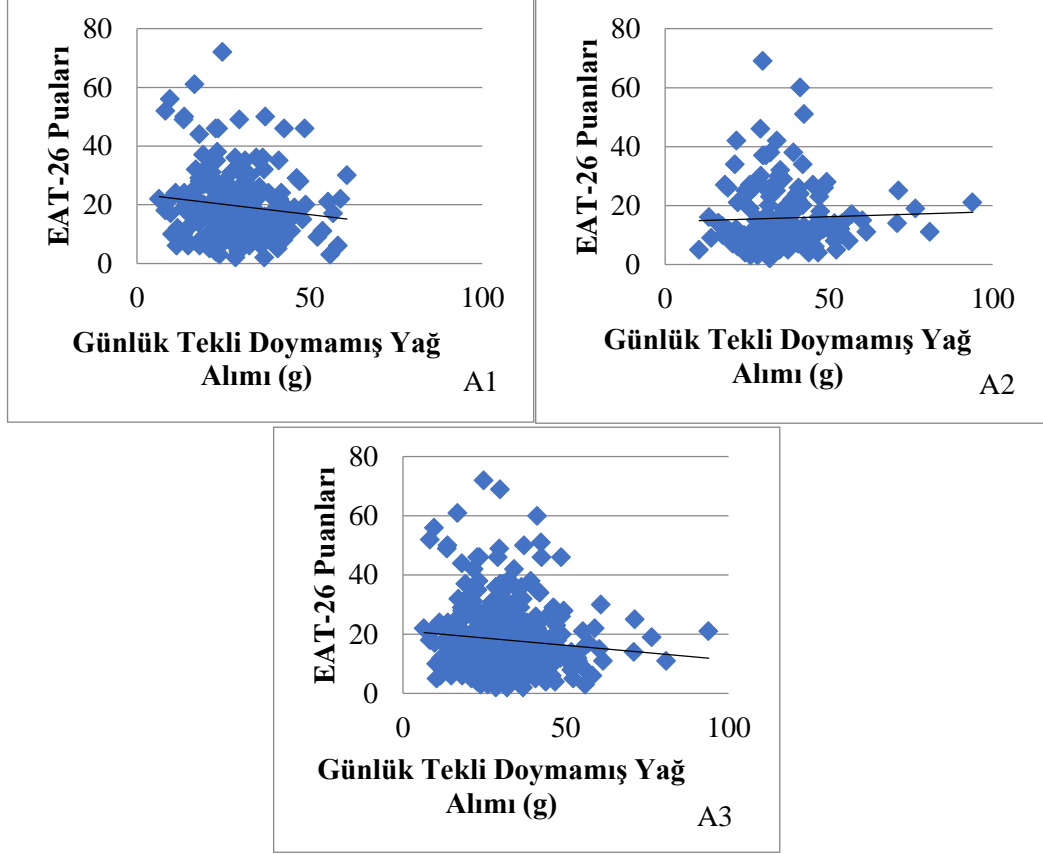
Şekil 28: Bireylerin günlük doymuş yağ alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.
A1: Kadın ($r=-0.029$, $p=0.673$), A2: Erkek ($r=0.193$, $p=0.014$), A3: Toplam ($r=-0.008$, $p=0.874$).

Yeme davranış bozukluğu ile erkeklerin günlük doymuş yağ alım miktarları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre erkeklerin günlük doymuş yağ alımları arttıkça yeme bozukluğu riski de artmaktadır.



Şekil 29: Bireylerin günlük çoklu doymamış yağ alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi. A1: Kadın ($r=0.056$, $p=0.416$), A2: Erkek ($r=0.154$, $p=0.052$), A3: Toplam ($r=0.031$, $p=0.557$).

Bireylerin günlük çoklu doymamış yağ alımları ile yeme bozukluğu riski arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).



Şekil 30: Bireylerin günlük tekli doymamış yağ alımları ile yeme bozukluğu ilişkisi.
A1: Kadın ($r=-0.127$, $p=0.066$), A2: Erkek ($r=0.117$, $p=0.141$), A3: Toplam ($r=-0.098$, $p=0.060$).

Bireylerin toplam EAT-26 puanları ile günlük tekli doymamış yağ alımları arasında bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$).

Bölüm 5

TARTIŞMA

5.1 Genel Özellikler

Çalışmada 18-25 yaş grubu 370 üniversite öğrencisinde yeme bağımlılığı ve yeme bağımlılığı ile ilgili faktörler incelenmiştir. Öğrencilerinin %43.2'sini erkekler, %56.8'ini kadınlar oluşturmuştur. Bu değer kadınların erkeklere göre anket doldurmaya daha yatkın ve istekli olduğundan kaynaklanmaktadır. Genel olarak bireylerin %64.3'ü kendilerini sağlıklı olarak nitelendirmişlerdir.

5.2 Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu

Toplam YFAS puanlarının artması yeme bağımlılığına olan eğilimin artmasıyla ilişkilidir. Ortalama YFAS puanı 3.7 ± 1.8 bulunmuş olup yeme bağımlılığı tanısı için en az 4 puan gerekmekte olup YFAS'a göre bireylerin %21.1'inde yeme bağımlılığı mevcuttur. Yeme bağımlılığı olan kadın öğrencinin oranı (%24.8) erkek öğrencilere (%16.3) kıyasla yüksektir ($p=0.047$). YFAS ile yeme bağımlılığı değerlendirilen 815 bireyin ortalama YFAS puanı 3.05 ± 2.0 olarak belirtilmiştir (Gearhardt, Boswell, & White, 2014). Yapılan bir çalışmada 18-91 yaş arası 1344 bireyin %22.2'sine yeme bağımlılığı tanısı konmuştur ve yeme bağımlılığı erkeklere (%13.3) kıyasla kadınlarda (%24.4) daha yaygın bulunmuştur (Burrows, Hides, Brown, Dayas, & Kay-Lambkin, 2017). Hindistan'da 415 kişinin katıldığı bir çalışmada ortalama YFAS puanı 3.53 ± 1.90 olarak bulunmuştur ve bireylerin %32.5'i YFAS kriterini karşılamıştır, fakat yeme bağımlılığı ile cinsiyet veya BKİ arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Wiedemann, et al., 2018). Başka bir çalışmada kadınlarda (%6.7)

erkeklerle (%3.0) kıyasla yeme bağımlılığı riski yüksek bulunmuştur (Pedram, et al., 2013). Bir sistematik derlemeye göre bireylerin %19.9'u yeme bağımlılığı tanısı almıştır ve bu bireylerin çoğunu kadınlar oluşturmuştur (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014). Başka bir çalışmada 18-45 yaş arası 1067 kadının %2.8'i yeme bağımlılığı kriterini karşılamıştır (Berenson, Laz, Pohlmeier, Rahman, & Cunningham, 2015). Brezilya'da YFAS 2.0 ile değerlendirilen bireylerde yeme bağımlılığı prevalansı %4.3 olarak bulunmuş olup çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Nunes-Neto, et al., 2018). Diğer bir çalışmada da yeme bağımlılığı olan bireylerin %62.9'u kadındır (Küçükerdönmez, Urhan, Altın, Hacıraifoğlu, & Yıldız, 2017). Kilolu veya obez bireylerle yapılan bir çalışmada 502 bireyin %16.6'sı yeme bağımlılığı kriterini karşılamış ve bu bireylerin %86.6'sını kadınlar oluşturmaktadır (Ivezaj, White, & Grilo, 2017). Diğer taraftan 120 lisans öğrencisiyle yapılan çalışmada yeme bağımlılığı ile cinsiyet arasında ilişki bulunamamıştır (Schulte, Avena, & Gearhardt, 2015). Benzer şekilde 50 ergen ile yapılan bir çalışmada bireylerin %38'i yeme bağımlılığı kriterini karşılamıştır, fakat yeme bağımlılığı ile cinsiyet ve BKİ arasında bir ilişki bulunamamıştır (Meule, Hermann, & Kübler, 2015). Çalışmalara bakıldığında yeme bağımlılığı oranları farklılık göstermektedir, bunun nedeni çalışmaların farklı popülasyonlarda, kültürlerde ve farklı yaş grupları ile yapılmasından kaynaklandığı söylenebilir. Yeme bağımlılığının kadınlarda daha yaygın olmasının nedeni ise cinsiyetler arası hormonal durum ve diyet tercihlerindeki farklılıklar ile açıklanabilir. Örneğin kadınların menstürasyon dönemi genellikle bağımlılık özellikleri taşıyan yüksek enerjili paketli besinleri tüketme sıklıkları artmaktadır (Pursey K. M., Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014).

EAT-26 ile yeme bozukluğunun değerlendirildiği bu çalışmada bireylerin ortalama EAT-26 toplam puanı 18 ± 11.5 'dir. Toplam EAT-26 puanlarının artması ile yeme davranış bozukluğu riski artmaktadır. Ayrıca bireylerin %35.7'sinin yeme davranış bozukluğu riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerin çoğunluğunu (%41.9) kadınlar oluşturmaktadır ($p=0.004$). Benzer şekilde üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %10'unda yeme davranış bozukluğu riski yüksek ve toplam EAT-26 ortalama puanları 9.32 ± 9.34 olarak saptanmıştır (Yu & Tan, 2016). Başka bir çalışmada 19-65 yaş aralığındaki 851 sağlıklı bireyin %40.2'sinde yeme davranış bozukluğu riski yüksek bulunmuştur (Ayaz, et al., 2018). Yine benzer bir çalışmada 3148 üniversite öğrencisinin %11.5'inde yeme bozukluğu riski yüksek bulunmuştur (Pengpid & Peltzer, 2018). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada bireylerin %7'sinde yeme bozukluğu riski yüksek bulunmuştur (Mocanu, 2013). EAT-26 ile yeme bozukluğunun değerlendirildiği 1054 lisans öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %16'sında yeme bozukluğu tanısı konmuş olup çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Fadipe, et al., 2017). Başka bir çalışmada 329 bireyin %18.5'inin yeme bozukluğu riski olduğu ve bu bireylerin çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu bulunmuştur (Cheah, Hazmi, & Chang, 2017). Genel olarak yeme bozukluğu erkek bireylerde kadınlara göre daha seyrek görülmektedir (Smink, van Hoeken, Oldehinkel, & Hoek, 2014). Üniversite öğrencileri ile yapılan bu çalışmalarda yeme bozukluğu riski oranı bizim çalışmamızdaki orana göre daha düşük olmasının nedeni öğrencilerin kültürel, psikolojik ve ekonomik durumlarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilmektedir. Ayrıca genel olarak yeme bozukluğu riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmaktadır (Smink, van Hoeken, Oldehinkel, & Hoek, 2014). Bunun da nedeni olarak günümüzde medyanın da etkisi ile kadınların inceliğe ve zayıflığa karşı yoğun istekleri ve kendi

bedenlerine karşı duydukları tatminsizlikten kaynaklanıyor olabilmektedir (Abrams, Allen, & Gray, 1993) (Litwack, Mitchell, Sloan, Reardon, & Miller, 2014).

Yeme bağımlılığı kavramı madde bağımlılığı ve aşırı yeme ile ortak özelliklerinin bulunmasından dolayı yeme bozukluğu ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Granero, et al., 2014). Buna göre yeme bağımlılığı riski ile yeme bozukluğu riski arasında pozitif bir ilişki beklenmektedir. Bu çalışmada yeme bağımlısı olanların oranı yeme davranış bozukluğu riski yüksek olanlarda (%32.6), yeme davranış bozukluğu düşük olanlara (%14.7) göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca YFAS toplam puanları ile EAT-26 toplam puanları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Yüksek YFAS toplam puanları yeme bozukluğu riski artışıyla ilişkilidir ($r=0.165$ $p=0.001$). Sistematik bir derlemeye göre klinik olarak yeme bozukluğu tanısı almış bireylerde yeme bağımlılığı prevalansı %57.6 olarak saptanmıştır ve YFAS puanları ile yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0.82$, $p<0.001$) (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014). Yetişkin bireylerle yapılan bir çalışmada tıkanırcasına yeme puanları ile YFAS puanları arasında aynı yönlü güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r=0.76$, $p<0.001$) (Burrows, Skinner, McKenna, & Rollo, 2017). Granero ve arkadaşları (2018), yeme bağımlısı olan bireylerin olmayan bireylere göre daha yüksek yeme bozukluğu riski olduğunu belirlemiştir. Kilolu veya obez olan 502 bireyle yapılan bir çalışmada bireylerin %8.5'inde tıkanırcasına yeme bozukluğu olduğu, %16.6'sında yeme bağımlılığı riski yüksek olduğu ve %10.1'inin de hem tıkanırcasına yeme bozukluğu hem de yeme bağımlılığı olduğu saptanmıştır. Ayrıca tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin %61.7'si yeme bağımlılığı kriterlerini karşılamıştır (Ivezaj, White, & Grilo, 2017). Benzer şekilde 25-45 yaş arası obez bireylerle yapılan bir çalışmada yeme bağımlılığı tanısı alanlar tıkanırcasına yeme bozukluğu

ile anlamlı olarak daha fazla komorbiditeye sahip olduğu belirtilmiştir (Davis, et al., 2011). Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan 96 obez bireyle yapılan bir çalışmada bireylerin %41.5'ine yeme bağımlılığı tanısı konmuştur (Gearhardt A. N., White, Masheb, & Grilo, 2013). Aşırı yeme ile ilişkili olan tıkanırcasına yeme bozukluğunun olduğu obez bireylerin %57'sinde yeme bağımlılığı olduğu ve artan yeme bağımlılığı prevalansı artan yeme bozukluğu psikopatolojisi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Gearhardt A. N., et al., 2012). Başka bir çalışmada toplam YFAS puanları ile tıkanırcasına yeme puanları arasında aynı yönlü bir ilişki saptanmıştır (Flint, et al., 2014). Diğer bir çalışmada bulimiya nervoza olan bireyde yeme bağımlılığın gelişmesi (%83.6) tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde yeme bağımlılığı oluşmasından (%47.2) daha yaygındır, fakat her iki duruma da bakıldığında artan yeme bozukluğu riski artan yeme bağımlılığı riski ile ilişkilidir (Gearhardt, Boswell, & White, 2014). Yapılan bir çalışmada yüksek YFAS skorları artan yeme bozukluğu riski ile ilişkili bulunmuştur (Wiedemann, et al., 2018). Benzer şekilde 207 bireyin katıldığı bir çalışmada artan YFAS puanları artan yeme bozukluğu riski ile ilişkili bulunmuştur (Granero, et al., 2014). Başka bir çalışmada 112 bireyin %33.9'unda yeme bağımlılığı tespit edilmiştir ve yeme bağımlılığı ile tıkanırcasına yeme arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Imperatori, et al., 2014). Diğer bir çalışmada yeme bağımlısı olanların %40.2'sinin EAT-26 ile anormal yeme davranışı olduğu belirlenmiştir (Ayaz, et al., 2018). Yeme davranış bozuklukları ile yeme bağımlılığı arasındaki doğrusal ilişki aralarındaki nörobiyolojik ve psikolojik benzerlikleriyle, özellikle besinlere ve beslenmeye karşı olan takıntı ile açıklanabilmektedir. Dolayısıyla yeme bozukluğu ve yeme bağımlılığının birbirini tetikleyen iki etken olduğu söylenebilir.

5.3 Antropometrik Ölçümlere göre Yeme Bağımlılığı ve Yeme

Tutumu

Bu çalışma sonuçlarına göre yeme bağımlılığı olan bireyler olmayanlara kıyasla daha yüksek BKİ ve kalça çevresi değerlerine sahiptirler ($p<0.05$). Ayrıca cinsiyet dağılımına göre bakıldığında yeme bağımlılığı olan kadınların olmayanlara göre daha yüksek kalça çevresi ve bel/kalça oranı bulunurken, yeme bağımlılığı olan erkek bireylerde olmayanlara göre daha yüksek BKİ, kalça çevresi ve bel/kalça oranı bulunmuştur ($p<0.05$). BKİ, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı değerleri ile YFAS puanları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre yeme bağımlılığı riski arttıkça, bireylerin BKİ, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı değerleri artmaktadır. Küçükerdönmez ve arkadaşlarının (2017), yaptığı çalışmada yeme bağımlılığı olan bireylerin olmayanlara göre BKİ, vücut ağırlığı ve bel çevresi değerleri daha yüksek bulunmuş ve yeme bağımlısı olan bireylerin %41.3'ünün obez olduğu saptanmıştır. Bunun aksine 19-65 yaş arası 100 kadın ile yapılan bir çalışmada yeme bağımlılığı ile antropometrik ölçümler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Özkan, Devrim, & Bilgiç, 2017). Diğer bir çalışmada 1344 birey değerlendirilmiş ve buna göre artan yeme bağımlılığı prevalansı artan vücut ağırlığı ile ilişkilendirilmiştir (Burrows, Hides, Brown, Dayas, & Kay-Lambkin, 2017). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada 455 öğrencinin %10'u yeme bağımlılığı kriterini karşılamışlardır ve yeme bağımlılığı yüksek vücut ağırlığı ve tıkanırcasına yeme ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada obez bireylerin %47'sine yeme bağımlılığı tanısı konmuştur (Meule, Müller, Gearhardt, & Blechert, 2017). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre yeme bağımlılığı olanların %20.5'sinin şişman olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yeme bağımlılığı riski en düşük grup hafif şişman olanlar iken en yüksek olan grup şişman

bireylerdir ($p<0.001$). Buna göre yeme bağımlılığı riski arttıkça obezite riskinin de arttığı söylenebilir. Diğer bir çalışmada ise yeme bağımlılığı olanların %11.4'ü zayıf ve normal, %88.6'sı hafif şişman ve şişman bireylerden oluştuğu bulunmuştur (Pedram, et al., 2013). Ankara'da yapılan benzer bir çalışmada ise yeme bağımlılığı olan bireylerin %35.1'i obez olarak bulunmuştur (Ayaz, et al., 2018). Başka bir çalışmada YFAS toplam puanları ile BKİ arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur (Granero, et al., 2018). Başka bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur; 207 birey ile yapılan bu çalışmada YFAS puanları ile BKİ arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur (Granero, et al., 2014). Ivezaj ve arkadaşlarının (2018) ortalama yaşın 31.87 ve ortalama BKİ'nin 28.34 olduğu 140 katılımcı ile yapmış oldukları bir çalışmada YFAS puanları ile yeme bağımlılığı riski ve BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Schulte ve arkadaşlarının (2015), 120 üniversite öğrencisiyle yapmış oldukları bir çalışmada yeme bağımlılığı ve BKİ arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur. Diğer bir çalışmada ise 18-39 yaş arası öğrencilerde yeme bağımlılığı riski en yüksek kadınlarda ve obez bireylerde bulunmuştur (Obregón, Fuentes, & Pettinelli, 2015). Sistematik bir derlemeye göre bireylerin %19.9'unda yeme bağımlılığı riski yüksek bulunmuştur ve bu bireylerin çoğunluğunu hafif şişman ve şişman kadınlar oluşturmuştur (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014). Benzer şekilde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %10.3'ü yeme bağımlılığı kriterini karşılamış ve yeme bağımlılığı olanlarda hafif şişman veya şişman birey sayısı (%14.7) zayıf veya normal bireylerden (%8.9) daha fazla bulunmuştur (Yu & Tan, 2016). Başka bir çalışmada 1034 kişi değerlendirilmiş ve %7.9'u yeme bağımlılığı kriterini karşılamıştır. Yeme bağımlılığı kriterini karşılayanlar yüksek BKİ'ne sahip olup en yüksek yeme bağımlılığı prevalansı obez bireylerde (%17.2) ve zayıf bireylerde (%15)

görülmüştür (Hauck, Weiß, Schulte, Meule, & Ellrotta, 2017). Bağımlılık yaratan besinlerin genellikle yüksek enerjili, yüksek şeker ve yağ içeren besinlerden oluşması ve yeme bağımlılığı ile bu besinlerin aşırı tüketilmesi bireylerin vücut ağırlıklarını ve dolayısıyla bel çevrelerini, kalça çevrelerini, bel/kalça oranlarını ve BKİ'lerini artırmaktadır.

Yeme davranış bozukluğu riski yüksek bireylerin BKİ sınıflamasına göre zayıf, hafif şişman ve şişman olanların oranı yeme davranış bozukluğu riski düşük olanlara kıyasla yüksek bulunmuştur. Ayrıca EAT-26 puan ortalaması zayıf olanlarda en yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Bir çalışmada yeme bozukluğu riski yüksek olanların olmayanlara göre BKİ ortalamaları daha düşük bulunmuştur (sırasıyla 16.9 ± 1.4 ve 20.6 ± 3.7) (Wells, et al., 2015). Bunun aksine, Gearhardt ve arkadaşlarının (2014), 815 birey ile yürüttüğü bir çalışmada tıkanırcasına yeme bozukluğu ve bulimia nervoza olan bireylerin ortalama BKİ değeri $27.96 \pm 6.32 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada 18-25 yaş arası 967 öğrenciden %10'unun yeme bozukluğu riskinin yüksek olduğu ve yeme bozukluğunun zayıf veya normal bireylerde (%8.8) hafif şişman veya şişman bireylere (%12.9) göre daha az görüldüğü saptanmıştır (Yu & Tan, 2016). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada obez bireylerin yeme davranış bozukluğu riskinin en yüksek olduğu bulunmuştur (Pastore, Fisher, & Friedman, 1996). Benzer şekilde 4201 lisans öğrencisiyle yapılan bir çalışmada hafif şişman ve şişman olanlarda yeme davranış bozukluğu riskini arttığı saptanmıştır (Desai, Miller, Staples, & Bravender, 2008). Dolayısıyla bizim çalışma sonuçlarımız bu çalışmaların sonuçlarında olduğu gibi hem zayıf olmak hem de hafif şişman ve şişman olmak yeme davranış bozukluğu riskini artırabilmektedir. EAT-26 puanları ile vücut ağırlığı, BKİ, kalça çevresi, bel çevresi ve bel/kalça oranı arasında ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Bunun aksine,

yeme bozukluğu riski yüksek olan kadınlarda ve tüm bireylerde yeme bozukluğu riski düşük olanlara göre kalça çevresi değerleri daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yeme bozukluğu riski yüksek olan kadınların riski düşük olan kadınlara kıyasla BKİ değerleri daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre çalışmaya katılan yeme bozukluğu riski yüksek olan kadınların düşük riske sahip olanlara göre aşırı veya tıkinarak yemeye yatkın oldukları ve dolayısıyla vücut ağırlıklarındaki artışla BKİ değerlerinin arttığı söylenebilir. Yapılan bir çalışmada yeme davranış bozukluğu olanların olmayanlara kıyasla vücut ağırlığı (sırasıyla 43.4 ± 5.9 ; 51.8 ± 12.4 kg), BKİ (sırasıyla 16.9 ± 1.4 ; 20.6 ± 3.7 kg/m²) ve boy uzunluğu (sırasıyla 1.58 ± 0.10 ; 1.60 ± 0.10 m) daha düşük bulunmuştur (Wells, et al., 2015). Diğer çalışmalarda yeme bozukluğu ile BKİ arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur (Cheah, Hazmi, & Chang, 2017) (Kelly, Vimalakanthan, & Miller, 2014; Meule, Allison, & Platte, 2014) (Rø, Reas, & Rosenvinge, 2012). Yeme bozukluğu ile BKİ arasında aynı yönlü bir ilişkinin bulunmasının nedeni çalışmalara katılan yeme bozukluğu olan bireylerin daha çok tıkinarcasına yeme bozukluğu gibi aşırı yemenin olduğu yeme bozukluklarına sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilmektedir.

5.4 Besin Tüketimi, Beslenme Alışkanlıkları, Yeme Bağımlılığı ve Yeme Tutumu

Yeme bağımlılığı olanların daha fazla ana ve ara öğün tükettikleri saptanmıştır. Bu miktartlı besin tüketim kaydı sonucu yeme bağımlılığı olanların daha fazla miktarda besin tüketimlerinin yanısıra daha sık besin tüketimlerinin olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu bireylerin %41'i ana öğün atladıklarını ve çoğunun sabah kahvaltısını atladıkları bulunmuştur. Benzer bir çalışmada bireylerin %22.2'sinin yeme bağımlılığı tanısı aldığı ve bu bireylerin yeme bağımlılığı olmayanlara göre daha az kahvaltı yaptıkları belirtilmiştir (Burrows, Hides, Brown, Dayas, & Kay-Lambkin,

2017). Bunun nedeni olarak üniversite için evden ayrılan, evden uzak yaşayan öğrencilerin kahvaltı için erken uyanamaması, kahvaltı hazırlığı için vakit bulamamasından kaynaklanıyor olabilmektedir (Pendergast, Livingstone, Worsley, & McNaughton, 2016).

Çalışmada YFAS ile bireylerin sorun yaşadıkları (bağımlı olma ihtimallerinin olduğu) besinler sorulmuştur. Buna göre bireylerin %38.8'i sorunlu besin olarak çikolata veya gofreti seçmişlerdir, cips (%36.1) ve patates kızartması (%32.3) bunu izlemektedir. Kadınlar ile yapılan bir çalışmada dondurma, çikolata/gofret, pasta/kek ve patates kızartması en sorunlu besinler olarak seçilmiştir (Özkan, Devrim, & Bilgiç, 2017). Lemeshow ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada yeme bağımlılığı olan bireylerin sorunlu besin olarak en çok hamburger, patates kızartması ve pizzayı seçtikleri bulunmuştur (Lemeshow, et al., 2018). Benzer şekilde Schulte ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada en sık seçilen sorunlu besin çikolata (%27.6), ardından dondurma, patates kızartması ve pizza seçilmiştir, sonuç olarak seçilen ilk 10 yiyeceğin işlenmiş, yağ eklenmiş ve rafine karbonhidrat/şeker içerdiği saptanmıştır (Schulte, Avena, & Gearhardt, 2015). Daha önce bahsedildiği gibi bu besinler dopamin ödül yolunu tetikleyerek bağımlılık yaratabilmektedir. Kendilerini çikolata sever olarak nitelendiren bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada çikolatanın bağımlılık etkisi orosensör (tat, koku ve doku) olarak görülmektedir (Hetherington & MacDiarmid, 1993). Hedonik etkenlerinin (yağ, şeker, doku, aroma) yanı sıra çikolatanın içinde bulunan metilksantinler, biyojenik aminler ve kanabinoid benzeri yağ asitleri gibi biyolojik olarak aktif bileşenler diğer bağımlılık yapan maddelere benzer psikolojik duyuma neden olmaktadır (Bruinsma & Taren, 1999). Dolayısıyla çikolatanın en sorunlu besin seçilmesi bu şekilde açıklanabilir. Çalışmada yeme bağımlılığı tanısı alan bireylerin cinsiyete göre sorunlu besin seçme dağılımında

erkek yeme bağımlısı bireylerde ilk üç sırada kola/gazoz, çikolata/gofret ve cips ($p<0.05$) yer alırken kadınlarda çikolata/gofret ile cips, patates kızartması ile pizza/lahmacun/döner ve hamburger yer almaktadır. Benzer şekilde Ayaz ve arkadaşlarının (2018), yapmış olduğu çalışmada yeme bağımlılığı tanısı ve cinsiyete göre sorunlu besin dağılımında erkeklerde donat, ekmek ve kek, kadınlarda ise patates kızartması, kola ve çikolatanın sorunlu besin oldukları bulunmuştur. Bu besinlerde bağımlılık yapıcı maddeler olarak tanımlanan besinlerin besin değerlerini artırmadan lezzet artırmak adına kullanılan bileşenler mevcuttur. Bunlar genellikle rafine karbonhidrat, yağ ve tuz kombinasyonu olarak işlenmiş besinlerde bulunmaktadır ve sıklıkla aşırı tüketim ile ilişkilidirler (Long, Blundell, & Finlayson, 2015)

Ayrıca bu çalışmada yeme bağımlılığı olan kadınlarda günlük enerji, yağ, karbonhidrat ve çoklu doymamış yağ alımları olmayanlara göre daha yüksek bulunurken buna ters olarak C vitamini alımları ise yeme bağımlılığı olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Dolayısıyla kadınlarda YFAS ile sorunlu besin araştırmasında ortaya çıkan cips ve patates kızartması yüksek karbonhidrat ve çoklu doymamış yağ alımını desteklemektedir. Ayrıca cinsiyete ve yeme bağımlılığı tanısına göre besin grupları tüketimlerine bakıldığında C vitamini açısından zengin meyve grubunun yeme bağımlılığı olan erkek ve kadınlarda yeme bağımlılığı olmayanlara göre daha az tüketildiği saptanmıştır, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

YFAS puanları ile bireylerin günlük enerji, karbonhidrat, şeker, yağ, doymuş, çoklu doymamış ve tekli doymamış yağ alımları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre bireylerin yeme bağımlılığı riski arttıkça günlük

enerji, yağ, doymuş, tekli doymamış, çoklu doymamış yağ, sükröz ve karbonhidrat alımları artmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar bunu destekler niteliktedir; 104 bireyin katıldığı ve 3 günlük besin tüketim kaydı ile enerji ve besin ögeleri alımları belirlenen bir çalışmada yeme bağımlılığı tanısı alan bireylerde enerji, karbonhidrat ve yağ alımı diğerlerine göre daha fazla bulunmuştur (Küçükerdönmez, Urhan, Altın, Hacıraifoğlu, & Yıldız, 2017). Diğer bir çalışmada ise yeme bağımlısı olanların olmayanlara göre daha fazla enerji, yağ ve protein aldıkları belirtilmiştir (Ayaz, et al., 2018). Başka bir çalışmada yeme bağımlılığı olanların olmayanlara kıyasla daha fazla protein ve yağ aldıkları saptanmıştır (Pedram, et al., 2013). Pedram ve Sun'ın (2015) yapmış oldukları çalışmada yağ ve karbonhidrat alımı yeme bağımlılığı olan obez bireylerde artmakta olduğu bulunmuştur. YFAS'ın çocuklar için olan ölçeğinin kullanıldığı 70 çocukla yapılan bir çalışmada çocukların artan yeme bağımlılığı semptomları akşam yemeği ve sonrasında artan enerji alımı ile ilişki bulunmuştur (Richmond, Roberto, & Gearhardt, 2017). Kadınlarla yürütülen bir çalışmada %5.4'ünün yeme bağımlılığı tanısı aldığı ve yeme bağımlılığı ile karbonhidrat ve yağ alımı arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Lemeshow, et al., 2018). Diğer bir çalışmaya göre yeme bağımlılığı olanların ve olmayanların enerji alımları arasında fark bulunmamış olup yeme bağımlılığı olanların olmayanlara kıyasla yağ ve doymuş yağ tükettikleri saptanmıştır. Yeme bağımlılığı ile karbonhidrat, protein ve mikro besin ögeleri arasında bir ilişki bulunmamakla birlikte bireylerin yüksek enerji içeren ve besin ögesinden fakir besinleri tercih ettikleri belirtilmiştir (Pursey, Collins, Stanwell, & Burrows, 2015). Diğer bir çalışmada yeme bağımlılığı olan kadın bireylerin günlük enerji, protein ve karbonhidrat alımları yeme bağımlılığı olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Özkan, Devrim, & Bilgiç, 2017). Bağımlılık özellikleri taşıyan besinlerin yüksek enerjili, yüksek şeker

ve yağ içeren paketli ürünlerden oluşması, yeme bağımlılığı ile enerji, karbonhidrat ve yağ alımları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır.

Bu çalışmada bireylerin günlük enerji ve besin ögeleri alımı TÖBR'inin günlük gereksinimine göre kıyaslanmış ve değerlendirilmiştir. Buna göre yeme bağımlılığı olan kadınlar C vitamini alımları olmayanlara göre gereksinimi daha az karşılarken, günlük enerji gereksinimlerini daha fazla karşılamışlardır ($p<0.05$). Yeme bağımlılığı olan kadınların olmayanlara kıyasla daha az meyve tüketimlerinin olması yeme bağımlılığı olmayan kadınlarda olanlara göre C vitamini gereksinimin daha az karşılanmasını desteklemektedir (sırasıyla $\bar{x} \pm SS= 83.7\pm66.2$; 85.1 ± 69.6 g/gün). Yeme bağımlılığı olan kadınların olmayanlara göre günlük enerji alımlarının gereksinimi daha fazla karşılaması ise YFAS puanları ile günlük enerji alımı arasındaki doğrusal ilişki ile açıklanabilmektedir.

Günlük kek, pasta, kurabiye ve bisküvi çeşitleri yeme bağımlılığı olan kadınlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunurken, yeme bağımlılığı olmayan erkeklerde olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sıvı ve katı yağ ve yağlı tohumlar tüketimine bakıldığında, yeme bağımlılığı olan erkeklerde olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Yeme bağımlılığı olan kadınlarda ise olmayanlara kıyasla et-yumurta ve sosis ve sucuk çeşitleri tüketimleri daha yüksek bulunmuştur. Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların %5.4'ünde yeme bağımlılığı riskinin yüksek olduğu ve bu bireylerde yeme bağımlılığı olmayanlara kıyasla daha fazla kırmızı veya işlenmiş et, düşük/yağsız atıştırmalıklar veya tatlılar ve düşük enerjili meşrubat tüketimi olduğu ve yeme bağımlılığı ile bu besinlerin tüketimi arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Ayrıca rafine tahıl, kurubaklagil, sebze ve meyve tüketimi yeme bağımlılığı ile ters ilişkili olarak bulunmuştur (Lemeshow, et

al., 2018). Başka bir çalışmada yeme bağımlılığı olanların olmayanlara göre daha fazla tüketime hazır besin, atıştırmalıklar, patates cipsi ve meşrubat tüketirken, daha az meyve ve sebze tükettikleri belirtilmiştir (Burrows, Hides, Brown, Dayas, & Kay-Lambkin, 2017). Diğer bir çalışmada yeme bağımlılığı olan kadınların olmayanlara göre ekmek tüketim miktarları daha fazla bulunmuştur ($p<0.005$) (Özkan, Devrim, & Bilgiç, 2017). Yapılan bir çalışmada 18-35 yaş aralığında olan 462 bireyin besin tüketimleri değerlendirildiğinde yeme bağımlılığı olanların olmayanlara göre daha fazla şeker tükettikleri ve daha az tahıl tükettikleri belirtilmiştir ($p<0.001$) (Pursey, Collins, Stanwell, & Burrows, 2015). Yeme bağımlılığı olanlarda kek gibi şeker içeriğinin yüksek olduğu besin tüketimini destekleyen bir başka çalışmada da yeme bağımlılığı olanların olmayanlara göre daha fazla şeker, karbonhidrat ve yağ aldıkları belirtilmiştir (Pedram & Sun, 2014). Kek, pasta, kurabiye ve bisküvi çeşitleri ve sıvı ve katı yağ tüketiminin yeme bağımlılığı olanlarda daha yüksek bulunması, YFAS ile değerlendirilen sorunlu yiyeceklerden yeme bağımlılığı riski yüksek olanlarda en sorunlu besinler arasında çikolata veya gofret, cips ve patates kızarması olmasını desteklemektedir. Yeme bağımlılığı olan erkek bireylerde olmayanlara göre daha az kek, pasta, kurabiye ve bisküvi çeşitlerinin tüketilmesi, yeme bağımlılığı ile günlük karbonhidrat alımı arasındaki aynı yönlü ilişki nedeniyle beklenmedik bir veridir, fakat bu yeme bağımlılığı olan erkeklerin bu tür karbonhidrat kaynakları yerine ekmek, pirinç, makarna gibi karbonhidrat kaynaklarını tercih etmeleri ile açıklanabilmektedir.

Yeme bozukluğu riski yüksek olan ve olmayan bireylerin günlük enerji ve besin öğeleri alımlarına bakıldığında kadınlarda enerji, protein, karbonhidrat, posa ve C vitamini alımları yeme davranış bozukluğu riski düşük olanlarda yüksek olanlara göre daha yüksek bulunurken, çoklu doymamış yağ alımları daha düşük bulunmuştur

($p<0.05$). Buna göre çalışmaya katılan yeme bozukluğu riski yüksek olan öğrencilerin besin kısıtlayıcı ve dengesiz beslenme örüntüsü gösterdikleri söylenebilmektedir. Ayrıca, yeme bozukluğu riski düşük olanlarda olmayanlara kıyasla TÖBR'e göre günlük enerji, protein, posa, B1 ve C vitaminleri alımları gereksinimi karşılama oranları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu da yeme bozukluğu riski yüksek olan bireylerin yetersiz ve dengesiz beslendiği yorumunu desteklemektedir. Bireylerin yeme bozukluğu riski ve cinsiyete göre besin grupları tüketim miktarları değerlendirildiğinde yeme bozukluğu riski yüksek olan kadın ve erkeklerde et ve yumurta grubu tüketimleri yeme bozukluğu riski düşük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca, yeme davranış bozukluğu riski yüksek olan erkeklerde düşük riskli olanlara göre tatlı tüketimleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu konuyla ilgili bir çalışmada kadın yüzücülerle yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan kadınların olmayanlara kıyasla demir ve çinko alımları daha düşük, C vitamini ve folat alımları ise daha yüksek olduğu belirtilmiştir (da Costa, Schtscherbyna, Soares, & Ribeiro, 2013). Yapılan başka bir çalışmaya göre kadınlarda yeme bozukluğu riski arttıkça enerji ve besin öğeleri alımı ve vitamin ve mineral yetersiz alımları artmaktadır. Erkeklerde ise yeme bozukluğu riski arttıkça vitamin ve mineral yetersiz alımları artmaktadır (Aparicio-Llopis, Canals, & Arija, 2014). Dolayısıyla yeme davranış bozukluğu riski yüksek olan bireylerin temel besin gruplarını yeterli düzeyde tüketmeyip besleyici değeri düşük aynı zamanda tatlılar gibi yeme bağımlılığını tetikleyici potansiyel besinleri daha fazla tüketerek yeterli ve dengeli beslenmedikleri söylenebilir.

Bireylerin toplam EAT-26 puanları ile günlük enerji, karbonhidrat, posa ve sükröz alım miktarları arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yeme bozukluğu riski arttıkça bireylerin günlük enerji, karbonhidrat, posa ve sükröz alımları

azalmaktadır. Yaş, boy, vücut ağırlığı, yağsız vücut kütlesi ve BKİ değerleri benzerlik gösteren yeme bozukluğu olan ve olmayan bireylerin besin alımları kıyaslandığında yeme bozukluğu olanların olmayanlara kıyasla daha az enerji, protein ve yağ alımları oldukları saptanmıştır (Beals & Manore, 1998). Kadın atletlerde yapılan bir çalışmada ise yeme bozukluğu riski yüksek olanların olmayanlara kıyasla daha az enerji, karbonhidrat ve yağ alımları olduğu saptanmıştır (da Costa, Schtscherbyna, Soares, & Ribeiro, 2013). Başka bir çalışmada tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin olmayanlara kıyasla daha fazla enerji, karbonhidrat ve protein tükettikleri bulunmuştur, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır (Guss, Kissileff, Devlin, Zimmerli, & Walsh, 2002). Bulimiya nervozalı 50 birey ile yapılan çalışmada ise BN'lı bireylerin BN'lı olmayanlara kıyasla daha fazla sukroz ve yağ tükettikleri ve daha az protein tükettikleri saptanmıştır (Gendall, Sullivan, Joyce, Carter, & Bulik, 1997). Diğer bir çalışmada 33 kadın katılımcıdan tıkanırcasına yeme bozukluğu olanların olmayanlara göre daha fazla enerji alımları oldukları saptanmıştır ($p<0.01$) (Yanovski & Sebring, 1994). Yeme bozukluğu riski ile bireylerin günlük enerji ve besin öğeleri alımları çalışmalar arası farklılık göstermektedir. Bu da yeme bozukluğunun besin kısıtlayıcı veya aşırı yeme davranışlarını içeren türlerinin olmasından kaynaklanmaktadır. Özetle bireylerin yeme davranışları bireylerin tüketim durumları ve antropometrik ölçümlerini etkileyebilmektedir.

Çalışmanın sınırlıkları arasında öncelikle vücut bileşiminin yeme bağımlılığı ve yeme davranış bozukluğu arasındaki ilişkiyi tespit etmek için veri eldesinde kaliper veya biyoelektirik impedans analizi kullanılması daha yararlı olabileceği yer almaktadır. Ayrıca, bireylerin aktivite ve egzersiz durumları ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin irdelenmesi önemlidir ancak bu çalışmada bu konuda

değerlendirme yapılamamıştır. Özellikle üniversite öğrencilerinde psikolojik ve ekonomik durum beslenme durumunu etkileyen önemli bir etmen olduğundan yeme bağımlılığını tetikleyebilmektedir ancak bu çalışmada psikolojik ve ekonomik durumları değerlendirilememiştir.

Bölüm 6

SONUÇLAR

1. Öğrencilerin %21.1'i yeme bağımlılığı kriterlerini karşılamıştır.
2. Bireylerin %38.4'ü sigara içerken %42.7'si alkol tüketmektedir.
3. Yeme bağımlılığı olan bireylerin olmayanlara göre ana ve ara öğün miktarları daha fazladır.
4. Yeme bağımlılığı olanların %93.6'sı ev dışında yemek yeme alışkanlıkları vardır.
5. Yeme bağımlılığı kriterlerini karşılayan kadın öğrencinin oranı (%24.8) erkek öğrencilere (%16.3) kıyasla yüksektir ($p=0.047$).
6. BKİ'e göre yeme bağımlılığı riski en düşük grup normal BKİ aralığında olanlar iken en yüksek olan grup obez bireylerdir ($p<0.001$).
7. Vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ile YFAS puanları arasında aynı yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).
8. YFAS puanları ile EAT-26 arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).
9. YFAS'a göre en çok sorun yaşanan besin %38.8 ile çikolata veya gofrettir.
10. Yeme bağımlılığı olan kadınların enerji, karbonhidrat, yağ ve çoklu doymamış yağ alımları yeme bağımlılığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
11. Günlük enerji alımı yeme bağımlılığı olan bireylerde gereksinimi daha çok karşılamaktadır.

12. Yeme bağımlılığı olan erkeklerde yağlı tohumlar ve sıvı ve katı yağlar tüketimi olmayanlara göre daha fazla bulunurken, yeme bağımlılığı olmayan erkeklerde ise kek, pasta, kurabiye ve bisküvi çeşitleri olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
13. Yeme bağımlılığı olan kadınlarda et, yumurta, sosis, sucuk, kek, pasta, kurabiye ve bisküvi çeşitleri tüketimi olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Bölüm 7

ÖNERİLER

- Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında üniversite öğrencilerinde görünen yeme bağımlılığı, yeme bozukluğu ve dengesiz beslenme alışkanlıklarının azaltılması için özellikle üniversite kampüsü içerisinde bulunan yüksek enerjili, yüksek yağ ve karbonhidrat içeren hazır yiyecekler yerine sebze içeriğinin yüksek olduğu, daha az bağımlılık yaratan özelliklerin bulunduğu yemeklerinin sunulduğu büfeler olmalıdır.
- Öğrencilere sağlıklı beslenme ve sağlıksız beslenmenin yaratabileceği sağlık sorunları ile ilgili eğitimler verilmeli ve özellikle kadınlarda aşırı zayıflık algısının yıkılması için yeme bozuklukları ile ilgili bilgilendirilmelidirler.
- Öğrencileri daha fazla fiziksel aktivite yapmaya teşvik edici etkinliklere kampüs içerisinde daha fazla yer verilebilmesi için planlamalar yapılması hem sosyal hem de sağlık yönünden yararlı olabilir.
- Üniversite öğrencilerinde yapılacak ileri çalışmalarda fakülte ve bölümlere göre tabaklama örnekleme yöntemiyle örneklem seçiminin yapılması ve fakülte ve bölüm karşılaştırmalarının yapılması eğitimle olan ilişkisinin belirlenmesinde yararlı olabilir.
- Vücut kompozisyonunun, fiziksel aktivite düzeyinin, psikolojik ve ekonomik durumun değerlendirildiği daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip farklı çalışma gruplarında yapılması yeme bağımlılığı, yeme davranış bozukluğu ve beslenme durumu ilişkisini irdelenmesi için yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

- Abrams, K., Allen, L., & Gray, J. (1993). Disordered eating attitudes and behaviors, psychological adjustment, and ethnic identity: a comparison of black and white female college students. *The International Journal of Eating Disorders*, *14*(1), 49-57.
- Albayrak, O., Wölfle, S., & Hebebrand, J. (2012). Does food addiction exist? A phenomenological discussion based on the psychiatric classification of substance-related disorders and addiction. *Obesity Facts*, *5*(2), 165-179.
- Aparicio-Llopis, E., Canals, J., & Arija, V. (2014). Dietary intake according to the course of symptoms of eating disorders in a school-based follow-up study of adolescents. *European Eating Disorders Review: the journal of the Eating Disorders Association*, *22*(6), 412-422.
- Ayaz, A., Nergiz-Unal, R., Dedebayraktar, D., Akyol, A., Pekcan, A., Besler, H., & Buyuktuncer, Z. (2018). How does food addiction influence dietary intake profile? *PLoS One*, *13*(4), e0195541.
- Bayraktar, F., Erkman, F., & Kurtuluş, E. (2012). Adaptation Study of Yale Food Addiction Scale. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *22*, 38.
- Beals, K. A., & Manore, M. M. (1998). Nutritional Status of Female Athletes with Subclinical Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, *98*(4), 419-425.

- Berenson, A., Laz, T., Pohlmeier, A., Rahman, M., & Cunningham, K. (2015). Prevalence of Food Addiction Among Low-Income Reproductive-Aged Women. *Journal of Women's Health, 24*(9), 740-744.
- Bruinsma, K., & Taren, D. (1999). Chocolate: food or drug? *Journal of the American Dietetic Association, 99*(10), 1249-1256.
- Burrows, T., Hides, L., Brown, R., Dayas, C. V., & Kay-Lambkin, F. (2017). Differences in Dietary Preferences, Personality and Mental Health in Australian Adults with and without Food Addiction. *Nutrients, 9*(3), 285.
- Burrows, T., Skinner, J., McKenna, R., & Rollo, M. (2017). Food Addiction, Binge Eating Disorder, and Obesity: Is There a Relationship? *Behavioral Sciences, 7*(3), 54.
- Çelebi, C. (2015). *Obezite Hastalarında Yeme Bağımlılığı, Psikopatoloji ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C.Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi.*
- Cheah, W., Hazmi, H., & Chang, C. (2017). Disordered eating and body image issues and their associated factors among adolescents in urban secondary schools in Sarawak, Malaysia. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 29*(2).

- da Costa, N., Schtscherbyna, A., Soares, E., & Ribeiro, B. (2013). Disordered eating among adolescent female swimmers: dietary, biochemical, and body composition factors. *Nutrition, 29*(1), 172-177.
- Davis, C. (2013). From Passive Overeating to “Food Addiction”: A Spectrum of Compulsion and Severity. *ISRN Obesity, 15*, 435027.
- Davis, C., Claire, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that ‘food addiction’ is a valid phenotype of obesity. *Appetite, 57*(3), 711-717.
- Davis, C., Levitan, R., Kaplan, A., Kennedy, J., & Carter, J. (2014). Food cravings, appetite, and snack-food consumption in response to a psychomotor stimulant drug: the moderating effect of "food-addiction". *Frontiers in Psychology, 8*(5), 403.
- Desai, M., Miller, W., Staples, B., & Bravender, T. (2008). Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *Journal of American College Health, 57*(1), 109-114.
- Dimitrijeviü, I., Popoviü, N., Sabljak, V., Škodriü-Trifunoviü, V., & Dimitrijeviü, N. (2015). Food Addiction Diagnosis and Treatment. *Psychiatria Danubina, 27*(1), 101-106.
- Fadipe, B., Oyelohunnu, M., Olagunju, A., Aina, O., Akinbode, A., & Suleiman, T. (2017). Disordered eating attitudes: demographic and clinico-anthropometric

correlates among a sample of Nigerian students. *African Health Sciences*, 17(2), 513-523.

Flint, A. J., Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D., Field, A. E., & Rimm, E. B. (2014). Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 578–586.

Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.

Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.

Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Instruction Sheet for the Yale Food Addiction Scale.

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., Grilo, C. M., DiLeone, R. J., Brownell, K. D., & Potenza, M. N. (2011). Can Food be Addictive? Public Health and Policy Implications. *Addiction*, 106(7), 1208-1212.

- Gearhardt, A. N., White, M. A., & Potenza, M. N. (2011). Binge Eating Disorder and Food Addiction. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(3), 201-207.
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2013). An Examination of Food Addiction in a Racially Diverse Sample of Obese Patients with Binge Eating Disorder in Primary Care Settings. *Comprehensive Psychiatry*, 5, 500-505.
- 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, A., Boswell, R., & White, M. (2014). The association of "food addiction" with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviors*, 15(3), 427-433.
- Gearhardt, A., Corbin, W., & Brownell, K. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors. journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(1), 113-121.
- Gendall, K., Sullivan, P., Joyce, P., Carter, F., & Bulik, C. (1997). The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 21(2), 115-127.

- Granero, R., Hilker, I., Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Sauchelli, S., Islam, M., Fernández-Aranda, F. et al. (2014). Food addiction in a Spanish sample of eating disorders: DSM-5 diagnostic subtype differentiation and validation data. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 22(6), 389-396.
- Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Gerhardt, A., Agüera, Z., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Menchón, J., et al. (2018). Validation of the Spanish Version of the Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0) and Clinical Correlates in a Sample of Eating Disorder, Gambling Disorder, and Healthy Control Participants. *Frontiers in Psychiatry*, 25(9), 208.
- Guss, J. L., Kissileff, H. R., Devlin, M. J., Zimmerli, E., & Walsh, B. T. (2002). Binge Size Increases with Body Mass Index in Women with Binge-Eating Disorder. *Obesity Research*, 10(10), 1021-1029.
- Hauck, C., Weiß, A., Schulte, E. M., Meule, A., & Ellrota, T. (2017). Prevalence of 'Food Addiction' as Measured with the Yale Food Addiction Scale 2.0 in a Representative German Sample and Its Association with Sex, Age and Weight Categories. *The European Journal of Obesity*, 10(1), 12–24.
- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., Jong, J. D., Dickson, S. L. et al. (2014). "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Elsevier*, 47, 295-306.

- Hebert, J., Ma, Y., Clemow, L., Ockene, I., Saperia, G., Stanek, E., Ockene, J., et al. (1997). Gender differences in social desirability and social approval bias in dietary self-report. *American Journal of Epidemiology*, *146*(12), 1046-1055.
- Hetherington, M., & MacDiarmid, J. (1993). "Chocolate addiction": a preliminary study of its description and its relationship to problem eating. *Appetite*, *21*(3), 233-246.
- Hoek, H., & Van Elburg, A. (2014). Feeding and eating disorders in the DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *56*(3), 187-191.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Contardi, A., Continisio, M., Tamburello, S., Lamis, D., Fabbriatore, M., et al. (2014). The association among food addiction, binge eating severity and psychopathology in obese and overweight patients attending low-energy-diet therapy. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(6), 1358-1362.
- Ivezaj, V., White, M. A., & Grilo, C. M. (2017). Examining Binge Eating Disorder and Food Addiction in Adults with Overweight and Obesity. *Obesity (Silver Spring)*, *24*(10), 2064–2069.
- Ivezaj, V., Wiedemann, A., Lydecker, J., & Grilo, C. (2018). Food addiction among Spanish-speaking Latino/as residing in the United States. *Eating Behaviors*, *30*, 61-65.

- Kelly, A., Vimalakanthan, K., & Miller, K. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image, 11*(4), 446-453.
- Koslowsky, M., Scheinberg, Z., Bleich, A., Mark, M., Apter, A., Danon, Y., & Solomon, Z. (1992). The factor structure and criterion validity of the short form of the Eating Attitudes Test. *Journal of Personality assessment, 58*(1), 27-35.
- Kristal, A., Andrilla, C., Koepsell, T., Diehr, P., & Cheadle, A. (1998). Dietary assessment instruments are susceptible to intervention-associated response set bias. *Journal of the American Dietetic Association, 98*(1), 40-43.
- Küçükerdönmez, Ö., Urhan, M., Altın, M., Hacıraifoğlu, Ö., & Yıldız, B. (2017). Assessment of the relationship between food addiction and nutritional status in schizophrenic patients. *Nutritional Neuroscience, 1*-9.
- Lee, N. M., Lucke, J., Hall, W. D., Meurk, C., Boyle, F. M., & Carter, A. (2013). Public Views on Food Addiction and Obesity: Implications for Policy and Treatment. *Plos One, 8*(9), e74836.
- Lee, N., Carter, A., Owen, N., & Hall, W. (2012). The neurobiology of overeating. Treating overweight individuals should make use of neuroscience research, but not at the expense of population approaches to diet and lifestyle. *EMBO reports, 13*(9), 785-790.

- Lemeshow, A., Rimm, E., Hasin, D., Gearhardt, A., Flint, A., Field, A., & Genkinger, J. (2018). Food and beverage consumption and food addiction among women in the Nurses' Health Studies. *Appetite, 121*, 186-197.
- Lerma-Cabrera, J. M., Carvajal, F., & Lopez-Legarrea, P. (2016). Food addiction as a new piece of the obesity framework. *Nutrition Journal, 15*(5), 1-5.
- Litwack, S., Mitchell, K., Sloan, D., Reardon, A., & Miller, M. (2014). Eating disorder symptoms and comorbid psychopathology among male and female veterans. *General Hospital Psychiatry, 36*(4), 406-410.
- Long, C. G., Blundell, J. E., & Finlayson, G. (2015). A Systematic Review of the Application And Correlates of YFAS-Diagnosed 'Food Addiction' in Humans: Are Eating-Related 'Addictions' a Cause for Concern or Empty Concepts? *Obesity Facts. The European Journal of Obesity, 8*(6), 386-401.
- Mazıcıoğlu, M. M. (2011). Büyüme gelişme izleminde kullanılan antropometrik ölçüm yöntemleri: Büyüme takibinin metodolojisi. *Türk Aile Hek Derg, 15*(3), 101-108.
- Meule, A. (2015). Back by Popular Demand: A Narrative Review on the History of Food Addiction Research. *Yale Journal of Biology and Medicine, 88*(3), 295-302.
- Meule, A., & Gearhardt, A. N. (2014). Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients, 6*(9), 3653-3671.

- Meule, A., Allison, K., & Platte, P. (2014). Emotional eating moderates the relationship of night eating with binge eating and body mass. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 147-151.
- Meule, A., Hermann, T., & Kübler, A. (2015). Food addiction in overweight and obese adolescents seeking weight-loss treatment. *European Eating Disorders Review*, 23(3), 193-198.
- Meule, A., Müller, A., Gearhardt, A., & Blechert, J. (2017). German version of the Yale Food Addiction Scale 2.0: Prevalence and correlates of 'food addiction' in students and obese individuals. *Appetite*, 115, 54-61.
- Meule, A., von Rezori, V., & Blechert, J. (2014). Food addiction and bulimia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 22(5), 331-337.
- Micali, N., Northstone, K., Emmett, P., Naumann, U., & Treasure, J. (2012). Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *The British Journal of Nutrition*, 108(11), 2093-2099.
- Mitsui, T., Yoshida, T., & Komaki, G. (2017). Psychometric properties of the eating disorder examination-questionnaire in Japanese adolescents. *Biopsychosocial Medicine*, 11(9), 10.1186/s13030-017-0094-8.
- Mocanu, V. (2013). Overweight, Obesity and Dieting Attitudes Among College Students in Romania. *Endocrine Care*, 9(2), 241-248.

- NEDA. (2018). *Statistics & Research on Eating Disorders*. National Eating Disorders: <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders> adresinden alındı
- NIDA. (2014). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-abuse-addiction> adresinden alındı
- Nunes-Neto, P., Köhler, C., Schuch, F., Solmi, M., Quevedo, J., Maes, M., Carvalho, A., et al. (2018). Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 145-152.
- Obregón, A., Fuentes, J., & Pettinelli, P. (2015). Association between food addiction and nutritional status in Chilean college students. *Revista Medica de Chile*, 143(5), 589-597.
- Organization, W. H. (2018). *BMI Classification*. World Health Organization: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html adresinden alındı
- Özkan, İ., Devrim, A., & Bilgiç, P. (2017). Hafif Şişman ve Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(3), 242-249.
- Pastore, D., Fisher, M., & Friedman, S. (1996). Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students:

correlations with self-esteem and anxiety. *The Journal of Adolescent Health*, 18(5), 312-319.

Pedram, P., & Sun, G. (2014). Hormonal and dietary characteristics in obese human subjects with and without food addiction. *Nutrients*, 7(1), 223-238.

Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F., Sun, G., et al. (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *Plos One*, 8(9), e74832.

Pendergast, F., Livingstone, K., Worsley, A., & McNaughton, S. (2016). Correlates of meal skipping in young adults: a systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 125.

Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 23(3), 349-355.

Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The Prevalence of Food Addiction as Assessed by the Yale Food Addiction Scale: A Systematic Review. *Nutrients*, 6(10), 4552–4590.

Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552-90.

- Pursey, K., Collins, C., Stanwell, P., & Burrows, T. (2015). Foods and dietary profiles associated with 'food addiction' in young adults. *Addictive Behaviors Reports*, 5(2), 41-48.
- Reas, D., & Grilo, C. (2015). Pharmacological treatment of binge eating disorder: update review and synthesis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 16(10), 1463-1478.
- Richmond, R., Roberto, C., & Gearhardt, A. (2017). The association of addictive-like eating with food intake in children. *Appetite*, 117, 82-90.
- Rø, Ø., Reas, D., & Rosenvinge, J. (2012). The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eating Behaviors*, 13(2), 158-161.
- Rodríguez, M. A., Salar, V. N., Carretero, M. C., Gimeno, C. E., & Collado, R. E. (2015). Eating Disorders and Diet Management in Contact Sports; EAT-26 Questionnaire Does not Seem Appropriate to Evaluate Eating Disorders in Sports. *Nutricion Hospitalaria*, 32(4), 1708-1714.
- Ruddock, H. K., & Hardman, C. A. (2017). Food Addiction Beliefs Amongst the Lay Public: What Are the Consequences for Eating Behaviour? *Current Addiction Reports*, 4(2), 110–115.

Sarıdağ Devran, B. (2014). Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adolesan ve Yetişkin Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi*.

Savasir, I., & Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 19-25.

Schulte, E. M., & Gearhardt, A. N. (2017). Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *European Eating Disorders Review*, 25, 302-308.

Schulte, E. M., Avena, N. M., & Gearhardt, A. N. (2015). Which Foods May Be Addictive? The Roles of Processing, Fat Content, and Glycemic Load. *Plos One*, 10(2), e0117959.

Schulte, E. M., Avena, N. M., & Gearhardt, A. N. (2015). Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *Plos One*, 10(2), e0117959.

Sevinçer, G. M., Konuk, N., Bozkurt, S., Saraçlı, Ö., & Coşkun, H. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients. *Anadolu Psikiyatri Derneği*, 16(1), 44-53.

- Smink, F., van Hoeken, D., Oldehinkel, A., & Hoek, H. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- TÖBR. (2015). *Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Velickovic, K., Makovey, J., & Abraham, S. (2013). Vitamin D, bone mineral density and body mass index in eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 14(2), 124-127.
- Wells, J., Haroun, D., Williams, J., Nicholls, D., Darch, T., Eaton, S., & Fewtrell, M. (2015). Body composition in young female eating-disorder patients with severe weight loss and controls: evidence from the four-component model and evaluation of DXA. *European Journal of Clinical Nutrition*, 69(12), 1330-1335.
- WHO. (2008). *Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2017). *Obesity and overweight*. World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> adresinden alındı
- Wiedemann, A., Lawson, J., Cunningham, P., Khalvati, K., Lydecker, J., Ivezaj, V., & Grilo, C. (2018). Food addiction among men and women in India.

European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association.

Yanovski, S. Z., & Sebring, N. G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders, 15*(2), 135-150.

Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Ersöz, Y., Işık, Ö., Saraçlı, S., Karagöz, Ş., & Yağmur, R. (2017). Egzersiz Bağımlılığı, Yeme Tutum ve Davranışları İlişkisi. *CBÜ Beden Eğitimi Spor Bilimleri Dergisi, 12*(1), 43-54.

Yu, Z., & Tan, M. (2016). Disordered Eating Behaviors and Food Addiction among Nutrition Major College Students. *Nutrients, 8*(11), 673.

Yu, Z., ArceIndelicato, N., Fuglestad, P., Tan, M., Lindsay, B., & Sticea, C. (2018). Sex differences in disordered eating and food addiction among college students. *Appetite, 129*, 12-18.

EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Bu form ile “Doğu Akdeniz Üniversitesi’nde Öğrenim Gören Öğrencilerin Yeme Bağımlılığı, Yeme Davranışı ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı: Doğu Akdeniz Üniversitesi’nde öğrenim gören öğrencilerin yeme bağımlılığı, yeme davranışı ve beslenme durumunun değerlendirilmesidir.

Araştırmanın Yöntemi: Bireyler ile yüz yüze görüşme yapılarak genel bilgiler, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri ve son bir ay içerisindeki miktarlı besin tüketim sıklıkları alınacaktır. Ayrıca, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, Yeme Tutum Testi (EAT-26) yeme bağımlılığı ile yeme tutum ve davranışları değerlendirilecektir. Bireylerin vücut ağırlığı dijital hassas terazi ile boy uzunluğu esnemeyen mezura ile ölçülecektir. Bireylerin bel ve kalça çevresi ölçümünde bireyin sağ tarafında durularak, esnemeyen mezür ile ölçüm alınacaktır. Bel çevresi ölçümü en alt kaburga kemiği ve kristailiyak arası bulunarak orta noktadan geçen çevre ölçülecektir. Kalça çevresi ölçümü kalçanın en yüksek noktasından ölçüm yapılacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişiler ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Gülhan Şengör

Görevi : Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon : 05338520115

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda araştırmacı Gülhan Şengör ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Gülhan Şengör



Adres:

Tel: 05338520115

İmza:

Tarih:

Ek 2: Etik Kurul Onay Belgesi

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Uluslararası Kariyer İçin"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>P.K.: 99628 Gazimağusa, KUZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 bayek@emu.edu.tr</p>
<p>Etik Kurulu / Ethics Committee</p>		
<p>Sayı: ETK00-2017-0285 Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.</p>	<p>20.12.2017</p>	
<p>Sayın Gülhan Şengör Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi</p>		
<p>Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 06.11.2017 tarih ve 2017/50-36 sayılı kararı doğrultusunda, Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Öğrencilerin Yeme Bağımlılığı, Yeme Davranışı ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi adlı çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.</p>		
<p>Bilginize rica ederim.</p>		
<p> Doç. Dr. Şükrü Tüzmen Etik Kurulu Başkanı</p>		
<p>ŞT/sky.</p>		
<p>www.emu.edu.tr</p>		

Ek 3: Anket Formu

Genel Özellikler

1. Yaş:

2. Cinsiyet: (1) Erkek (2) Kadın

3. **Hekim tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?**

1. Hayır	2. Şişmanlık	3. Ülser-gastrit	4. Diyabet	5. Hipertansiyon
6. Hipotansiyon	7. Demir eksikliği anemisi	8. Hiperlipidemi-Hiperkolesterolemi	9. Böbrek hastalıkları	10. Karaciğer-safra kesesi hastalıkları
11. Barsak hastalıkları	12. Kemik-eklem hastalıkları		13. Psikiyatrik hastalıklar	
14. Besin allerjisi	15. Sinir sistemi hastalıkları		16. Diğer (.....)	

4. **Hastalığınız için tıbbi beslenme tedavisi uyguluyor musunuz?**

1. Hayır	2. Düşük yağ-kolesterollü	3. Tuzsuz, sodyum kısıtlı	4. Diyabete uyumlu	5. Düşük posalı
6. Yüksek posalı	7. Protein kısıtlı	8. Diğer (.....)		

5. **Cevabınız evet ise beslenme tedavinizi kimden aldınız?**

1. Diyetisyen	2. Doktor	3. Diğer sağlık personeli	4. Gazete, dergi
5. Radyo, TV	6. Komşu-arkadaş	7. Diğer (.....)	

6. **Sigara kullanıyor musunuz?**

1. Hayır	2. Evet (.....adet/gün)
----------	-------------------------

7. **Alkol tüketiyor musunuz?**

1. Hayır	2. Evet (.....ml /gün) Çeşit: (1) Bira (2) Rakı (3) Şarap (4) Viski (5) Diğer
----------	---

Beslenme Alışkanlıkları ve Antropometrik Ölçümler

8. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

----- Ana Öğün (Sabah, Öğle, Akşam)

----- Ara Öğün (Kuşluk, İkinci, Gece)

9. Ana öğünlerden birini atlar mısınız?

1)Evet

2) Hayır

3) Bazen

10. Genellikle hangi öğünü atlarsınız?

1)Sabah

2) Öğle

3) Akşam

11. Öğün atlamanızın nedeni nedir?

1) İştahım olmuyor/canım istemiyor

2) Alışkanlığım yok

3) Zayıflamak için

4) Zamanım yok

12. Ev dışında yemek yeme alışkanlığınız var mıdır?

1)Evet

2)Hayır

13. Cevabınız evet ise, ev dışında yemek yeme sıklığınızı ve genellikle hangi öğünü ev dışında yediğinizi belirtiniz.

	Her gün	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	Ayda 1 kez
Sabah					
Öğle					
Akşam					

14. Boy Uzunluğu (cm):

15. Vücut Ağırlığı (kg):

16. Bel Çevresi (cm):

17. Kalça Çevresi (cm):

18. Bel/Kalça Oranı:

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS)

Aşağıdaki sorularda “belirli yiyecekler” ifadesini gördüğünüzde listedeki yiyecekler ya da benzerlerini, ya da geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün.

SON 12 AYDIR:	Hiç	Ayda bir kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2- kez	Haftada 4'ten fazla ya da hergün
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim	0	1	2	3	4
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum	0	1	2	3	4
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum	0	1	2	3	4
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor	0	1	2	3	4
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum	0	1	2	3	4
6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum	0	1	2	3	4
7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım	0	1	2	3	4
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum	0	1	2	3	4
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum	0	1	2	3	4
10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum	0	1	2	3	4
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum	0	1	2	3	4
12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
14. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.	0	1	2	3	4
15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4

16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (günlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları)	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

	EVET	HAYIR
17.Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum	0	1
18.Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.	0	1
19.Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.	0	1
20.Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.	0	1
21.Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığımı ya da hazzı arttırmadığımı fark ettim.	0	1
22.Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.	0	1
23.Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım.	0	1
24.Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım	0	1

25.Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?	1 kere	2 kere	3 kere	4 kere	5 ya da daha fazla
---	--------	--------	--------	--------	--------------------

26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz.

Dondurma	Çikolata/ gofret	Elma	Karnabahar	Kurabiye/ Bisküvi	Pasta/kek	Şeker/ Şekerlem e
Donat/Tatlı Çörek	Ekmek	Poğaç/Aç ma	Marul	Makarna	Çilek/Kiraz/Ü züm	Pilav
Kraker	Cips	Simit	Patates kızartması	Havuç	Kırmızı Et	Muz
Pastırma/ Sucuk/Sala m	Hamburger	Tost/ Peynirli Sandviç	Pizza/ Lahmacun Döner	Kola/ Gazoz	Peynir (Beyaz peynir, kaşar,v s.)	Yukarıda kilerin hiçbiri

27. Listedekiler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz.

Yeme Tutum Testi - 26 (EAT-26)

Bu bir test değildir; “doğru” veya “yanlış” yanıt yoktur. İçtenlikle yanıtlamanız önemlidir. Her soruda size uygunluk derecesine karşılık gelen kutunun içerisine “X” işareti koyarak cevaplayınız.

		Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.	Şişman olmaktan çok korkarım						
2.	Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım						
3.	Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum						
4.	Çatlayıncaya kadar yemek yerim						
5.	Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.						
6.	Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim						
7.	Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum						
8.	Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim						
9.	Yedikten sonra kusarım						
10.	Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım						
11.	Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler						
12.	Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm						
13.	Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür.						
14.	Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır						
15.	Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer						
16.	İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım						
17.	Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir						
18.	Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm						
19.	Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır						
20.	Çevremdekilerin beni yemek yemeğe zorlar						
21.	Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım						
22.	Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissedirim						
23.	Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim						
24.	Midemin boş olmasını severim						
25.	Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım						
26.	Yedikten sonra kusma dürtüsü hissedirim						

Miktarlı Besin Tüketim Sıklığı Kaydı

Tablodaki besinleri son 1 ayda ne sıklıkla ve ne kadar tükettiğinizi belirtiniz.	Miktar	Sizin yediğiniz miktar?			Her öğün	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez	15 günde 1 kez	Ayda 1 kez	Hiç
		Küçük	Orta	Büyük								
SÜT VE SÜT ÜRÜNLERİ												
Süt	SB*											
Yoğurt	Kase											
Ayran	SB*											
Kefir	SB*											
Peynir çeşitleri (krem peynir hariç)												
Yağlı	Dilim											
½ yağlı	Dilim											
Yağsız	Dilim											
ET-YUMURTA-KURUBAKLAGİL												
Kırmızı et												
Yağlı	Porsiyon											
½ yağlı	Porsiyon											
Yağsız	Porsiyon											
Tavuk, hindi												
Derili	Porsiyon											
Derisiz	Porsiyon											
Taze balık türleri	Porsiyon											
Konserve balık türleri	Porsiyon											
Sakatatlar (karaciğer, dalak, yürek)	Porsiyon											
Pastırma, sucuk, salam, sosis	Dilim											
Yumurta	Adet											
Kuru baklagiller (kuru fasulye, nohut, mercimek)	Porsiyon											
Kuruyemişler (Fındık, fıstık, badem)	Porsiyon											
SEBZE VE MEYVELER												
Koyu yeşil yapraklı sebzeler (ıspanak, kıvırcık, marul, pazı, roka, tere, brokoli vb.)	Porsiyon											
Sarı sebzeler (havuç, balkabağı, mısır)	Porsiyon											
Diğer sebzeler (Enginar, bamya, kuşkonmaz, kereviz, lahanalar, karnabahar, patlıcan, salatalık, turplar, pırasa, mantar, kuru ve yeşil soğan, domates, taze fasulye)	Porsiyon											
Patates, Kolakas	Porsiyon											
Taze baklagiller (taze barbunya, taze bezelye, taze börülce, bakla vb.)	Porsiyon											
Kurutulmuş sebzeler (molehiya)	Porsiyon											
Hazır meyve suyu (%100 meyve suyu)	SB*											

