2022

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Çiğdem AYVAZ



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA'DA BULUNAN ÜNİVERSİTELERDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİN DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI VE DEPRESYON İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Çiğdem AYVAZ

HALK SAĞLIĞI PROGRAMI

Ankara, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA'DA BULUNAN ÜNİVERSİTELERDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİN DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI VE DEPRESYON İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Çiğdem AYVAZ

HALK SAĞLIĞI PROGRAMI

Ankara, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ankara'da Bulunan Üniversitelerde Okuyan Öğrencilerin Duygusal Yeme Davranışı ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma

Çiğdem AYVAZ

Yüksek Lisans Tezi

28.02.2022

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nimetcan Mehmet YAĞMA

Jüri üyeleri
Dr. Öğr. Üyesi Nimetcan Mehmet YAĞMA
Prof. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Mağrifet ABDULVELİ BOZLAR

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. 28-02-2022

Çiğdem AYVAZ

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım süresince fikirlerinden, insaniyetinden çok şey öğrendiğim değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nimetcan Mehmet YAĞMA'ya; bu tezin her aşamasında hiçbir desteğini esirgemeden yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

Çiğdem AYVAZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **ii**
ABSTRACT ..... **iii**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **iv**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vi**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Araştırılan Problemin Niteliği ve Kapsamı 1
1.2. Amaç ve Hipotezler 2
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Beslenme 4
2.2. Besin Seçimi 5
2.3. Yeme Bozuklukları 8
2.3.1. Klinik Özellikler 8
2.3.2. Etiyoloji 9
2.3.3. Risk Faktörleri 10
2.3.4. Tedavi 11
2.3.5. Anoreksiya Nervoza 11
2.3.6. Bulimia Nevroza 14
2.3.7. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu 16
2.4. Duygusal Yeme 18
2.4.1. Duygusal Yeme ile İlşkili Faktörler 19
2.4.2. Duygusal Yeme Teorileri 20
2.4.3. Duygusal Yeme Mekanizmaları 24
2.4.4. Sonuç 28
2.5. Depresyon 29
2.5.1. Prevelans 29
2.5.2. Tanı 31
2.5.3. Depresyonun Risk Faktörleri ve Seyri 32
2.5.4. Morbidite, Mortalite ve İntihar 35
2.5.5. Tedavi 36
2.5.6. Sonuç 44
3. MATERYAL VE YÖNTEM **46**
3.1. Etik Kurul Onayı 46

3.2. Araştırma Tipi 46
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 46
3.4. Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri 47
3.5. Araştırmadan Hariç Tutma Kriterleri 47
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması 47
3.6.1. Demografik Bilgi Formu 47
3.6.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEB-Q) 48
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 48
3.6.4. Beden Kütle İndeksi (BKİ) 49
3.7. Yanlılık (Bias) 49
3.8. Verilerin Analizi 50
4. BULGULAR 51
4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri 51
4.2. Hollanda Duygusal Yeme Anketi ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 60
4.3. Sosyo-Demografik Özellikler ile Hollanda Duygusal Yeme Anketinin (DEB-Q) Karşılaştırılması 61
4.4. Sosyo-Demografik Özellikler ile Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) Karşılaştırılması 66
5. TARTIŞMA 76
5.1. Bireylerin Genel Özellikleri ve Alışkanlıkları 76
5.1.1. Bireylerin BKİ durumları 76
5.1.2. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Durumları 77
5.1.3. Bireylerin Hollanda Yeme Davranışı Anketi Puan Durumları 78
5.1.4. Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Puan Durumları 78
5.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Beck Depresyon Ölçeği ile Diğer Değişkenlerin Kıyaslanması 80
5.2.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Beck Depresyon Ölçeği 80
5.2.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Cinsiyet Kıyaslaması 81
5.2.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Yaş Aralığı Kıyaslaması 82
5.2.4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Sigara Ve Alkol Kullanmı Kıyaslaması 82
5.2.5. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Beden Ağırlığı Algısı Kıyaslaması 83

5.2.6. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Kilodan Memnuniyet Kıyaslaması 84
5.2.7. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Kilo Verme Girişimi Kıyaslaması 84
5.2.8. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile BKİ Kıyaslaması 85
5.2.9. Beck Depresyon Ölçeği ile Cinsiyet Kıyaslaması 86
5.2.10. Beck Depresyon Ölçeği ile Yaş Aralığı Kıyaslaması 87
5.2.11. Beck Depresyon Ölçeği ile Medeni Durum Kıyaslaması 87
5.2.12. Beck Depresyon Ölçeği İle Öğrenim Gördükleri Üniversite Türü Kıyaslaması 88
5.2.13. Beck Depresyon Ölçeği ile Yükseköğretim Düzeyi Kıyaslaması 88
5.2.14. Beck Depresyon Ölçeği ile Sigara ve Alkol Kullanımı Kıyaslaması. 89
5.2.15. Beck Depresyon Ölçeği ile Beden Ağırlığı Algısı Kıyaslaması 89
5.2.16. Beck Depresyon Ölçeği ile Kilodan Memnuniyet Kıyaslaması 90
5.2.17. Beck Depresyon Ölçeği ile BKİ Kıyaslaması 90
5.2.18. Beck Depresyon Ölçeği ile Psikolojik Destek Alma Kıyaslaması 90
5.2.19. Beck Depresyon Ölçeği ile Haftalık Yürüyüş Süresi Kıyaslaması 91
5.2.20. Beck Depresyon Ölçeği ile Düzenli Uyku Durumu Kıyaslaması 91
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 93
6.1. Sonuçlar 93
6.2. Öneriler 95
6.3. Sınırlılıklar 95
7. KAYNAKLAR 97
8. EKLER 116
EK-1. Etik Kurul Onayı 116
EK-2. Bilgilendirilmiş Onam Formu 117
EK-3. Demografik Bilgi Formu 118
EK-4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEB-Q) 120
EK-5. Beck Depresyon Ölçeği 122
EK-6. Özgeçmiş 126

ÖZET

Ankara'da Bulunan Üniversitelerde Okuyan Öğrencilerin Duygusal Yeme Davranışı ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinde duygusal yeme ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Ayrıca yine bu doğrultuda yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı, BKİ gibi değişkenlerin duygusal yeme ve depresyon ile ilişkilerinin ortaya konulması hedeflenmiştir.

Çalışma Kasım 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında Ankara'da bulunan üniversitelerde okuyan ön-lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora öğrencilerinden oluşan, 242 kadın ve 81 erkek olmak üzere toplam 323 gönüllü bireyin katılımı ile gerçekleşmiştir. Araştırma verileri anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma döneminde var olan Covid-19 salgını sebebiyle veri toplama yüz yüze olarak gerçekleştirilemediğinden gönüllü bireyler tarafından internet üzerinden doldurulup, araştırmacıya ulaştırılmıştır. Ankette; demografik bilgi formu, Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Beck Depresyon Ölçeği olmak üzere üç ayrı form yer almıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 23.6±4.09'dur. Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anketi puan ortalamalarına bakıldığında, kısıtlayıcı yeme 2.48±0.8; duygusal yeme 2.49±1.1 ve dışsal yeme ise 3.17±1.3 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeğine bakıldığında ise, katılımcıların %29'u orta düzeyde ve %10'u şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu görülmektedir.

Çalışma sonucunda depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde duygusal yeme durumu daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca cinsiyet, yaş, sigara ve alkol kullanımı, kişisel kilo algısı ve BKİ durumları ile DEB-Q alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. Bununla birlikte bireylerin depresyon düzeyleri ile cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı ve psikolojik destek alma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, depresyon düzeyi ile yaş, kişisel kilo algısı, BKİ durumu ve uyku düzeni arası anlamlı ilişkiye rastlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, dışsal yeme, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme

ABSTRACT

A Cross-sectional Study on the Evaluation of the Relationship between Emotional Eating Behavior and Depression of Students Studying at Universities in Ankara

This study was conducted to examine the relationship between emotional eating and depression in university students. In addition, in this direction, it is aimed to reveal the relations of variables such as age, gender, body weight, BMI with emotional eating and depression.

The study was carried out with the participation of 323 volunteer individuals, 242 women and 81 men, consisting of associate, undergraduate, graduate and doctoral students studying at universities in Ankara between November 2020 and May 2021. Research data were collected by questionnaire method. Since data collection could not be carried out face-to-face due to the Covid-19 epidemic that existed during the research period, it was filled in by volunteers over the internet and delivered to the researcher. The questionnaire included three separate forms, namely the demographic information form, the Dutch Eating Behaviour Questionnaire and the Beck Depression Inventory.

The mean age of participants was 23.6±4.09. Considering the Dutch Eating Behavior Questionnaire mean scores of the participants, restrictive eating was 2.48±0.8; emotional eating was 2.49±1.1 and external eating was 3.17±1.3. Looking at the Beck Depression Scale, it is seen that 29% of the participants have moderate depression and 10% have severe depression.

As a result of the study, emotional eating was found to be higher in individuals with high depression levels ($p<0.05$). In addition, a significant relationship was found between gender, age, smoking and alcohol use, personal weight perception and BMI status and DEB-Q subscales. However, while there is no significant relationship between the depression levels of individuals and their gender, smoking and alcohol use, and psychological support, there is a significant relationship between depression level and age, personal weight perception, BMI status and sleep pattern.

Keywords: Depression, emotional eating, external eating, restrictive eating

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
±	: Artı veya eksi
5-HT	: 5-hidroksitriptamin
AN	: Anoreksiya Nervoza
APA	: American Psychology Association
BAAK	: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
Bkz.	: bakınız
BN	: Bulimia Nervoza
CI	: Güven Aralığı
DALY	: Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı, Disability Adjusted Life Years
DEB-Q	: Hollanda Yeme Davranışı Anketi
Dk.	: Dakika
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSM-4	: Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, Dördüncü Baskısı
DSM-5	: Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, Beşinci Baskısı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DY	: Duygusal Yeme
HT	: Hipertansiyon
kg	: kilogram
KPT	: Kişilerarası Psikoterapi
KVH	: Kardiyovasküler hastalıklar
m^2	: metre kare
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörü
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
N veya n	: Sayı
n^+	: Sayının katlanması
NICE	: Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
Örn.	: örneğin
p	: İstatistiksel anlamlılık

PHQ-9	: Patient Health Questionnaire-9
r	: Korelasyon katsayısı
SIGN	: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNRI	: Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TCA	: Trisiklik Antidepresan
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TOHTA	: Türkiye Erişkin Kalp Sağlığı ve Hipertansiyon Araştırması ve Risk Faktörleri
TRP	: Triptofan
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
Vb.	: ve benzeri
Vd.	: ve diğerleri
Ve ark.	: ve arkadaşları
WHO	: World Health Organisation
WMH	: World Mental Health
$\bar{X}$	: Ortalama
YB	: Yeme bozuklukları

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. BKİ aralıkları ve sınıflandırılması 49
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri..... 51
Tablo 4.2. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları 52
Tablo 4.3. Katılımcıların kendi kilo durumlarını değerlendirmeleri 52
Tablo 4.4. Katılımcıların kilolarından memnuniyet durumu..... 53
Tablo 4.5. Katılımcıların ailelerinde kilolu birey varlığı 53
Tablo 4.6. Katılımcıların ağırlık ve boy durumları 53
Tablo 4.7. Katılımcıların BKİ durumları..... 54
Tablo 4.8. Katılımcıların kilo verme girişimleri 54
Tablo 4.9. Katılımcıların kilo koruma/verme yolları 55
Tablo 4.10. Katılımcıların psikolojik destek alma durumları..... 55
Tablo 4.11. Katılımcıların haftalık yürüyüş süreleri 55
Tablo 4.12. Katılımcıların düzenli uyku durumları..... 56
Tablo 4.13. Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği skoru 56
Tablo 4.14. Katılımcıların Hollanda yeme davranışı anketi (DEB-Q) sorularına verdikleri yanıtlar..... 56
Tablo 4.15. Katılımcıların Beck depresyon ölçeği skoru 58
Tablo 4.16. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği sorularının puanlamaları 59
Tablo 4.17. Katılımcıların Beck depresyon ölçeği ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki 60
Tablo 4.18. Katılımcıların cinsiyet ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki 61
Tablo 4.19. Katılımcıların yaş grupları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki..... 62
Tablo 4.20. Katılımcıların sigara kullanımları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki 62
Tablo 4.21. Katılımcıların alkol kullanımları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki 63
Tablo 4.22. Katılımcıların kendi kilo durumlarını değerlendirmeleri ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki..... 63
Tablo 4.23. Katılımcıların kilolarından memnun olma durumları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki..... 64
Tablo 4.24. Katılımcıların kilo verme girişimleri ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki 65

Tablo 4.25. Katılımcıların BKİ grupları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki 65
Tablo 4.26. Katılımcıların cinsiyet ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki ... 66
Tablo 4.27. Katılımcıların yaş grupları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 67
Tablo 4.28. Katılımcıların medeni durumları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 67
Tablo 4.29. Katılımcıların öğrenim gördükleri üniversite türleri ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 68
Tablo 4.30. Katılımcıların yükseköğretim düzeyi ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 69
Tablo 4.31. Katılımcıların sigara kullanımları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 69
Tablo 4.32. Katılımcıların alkol kullanımları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 70
Tablo 4.33. Katılımcıların kendi kilo durumlarını değerlendirmeleri ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 71
Tablo 4.34. Katılımcıların kilolarından memnun olma durumları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 71
Tablo 4.35. Katılımcıların BKİ grupları ve Beck depresyon ölçeği skorları 72
Tablo 4.36. Katılımcıların psikolojik destek alma durumları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 73
Tablo 4.37. Katılımcıların uyku düzenleri ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 73
Tablo 4.38. Katılımcıların haftalık yürüyüş süreleri ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki 74
Tablo 4.39. Katılımcıların yaş, BKI ve haftalık yürüyüş sürelerine göre DEBQ ve BDÖ arasındaki ilişki 75

1. GİRİŞ

1.1. Araştırılan Problemin Niteliği ve Kapsamı

Duygu durumunun, bireyin besin seçimini, yemek yeme isteğini ve besin alımı da dahil olmak üzere yeme davranışları üzerinde etkisi olduğu kabul edilmektedir. Duygu durumu ve yemek yeme arasındaki ilişki, bireylerin kişisel özelliklerine ve belirli duygusal durumlara göre değişiklik göstermektedir. Aşırı yeme durumu ile ilişkilendirilen duygusal yeme kavramı, kaygı duyma veya sinirli olma gibi olumsuz duygulara yanıt olarak aşırı yeme eğilimini ifade eder (1).

Günümüz toplumunda zayıf olmak nerdeyse tüm insanlar, özellikle de kadınlar için ideal bir olgudur. Bu durumun sonucu olarak sosyal çevre, aile ve genellikle de medya aracılığıyla yoğun bir şekilde sunulan zayıflık ideali, yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında oldukça önemli bir rol oynamaktadır (2). Bu sosyal ve kültürel etki zayıflık olgusunun içselleştirilmesi, bireylerin kendi vücudundan memnun olmaması, diyet yapma, kilo problemleri ve bu durumlara bağlı şekilde oluşan duygusal sorunlara bağlı olarak yeme patolojilerine katkıda bulunmakta; duygusal yeme davranışının ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (3).

Duygusal yeme davranışı son dönemlerde ön planda olan ve üzerinde çokça araştırma yapılan bir yeme davranışıdır (4). Yapılan çalışmalar duygusal yeme davranışının obezite gibi vücut ağırlığıyla ilgili sorunlar başta olacak şekilde depresyon, yeme bozuklukları ve diğer psikolojik ve fiziksel sağlık problemlerine yol açtığını göstermektedir (5,6). Ayrıca duygusal yemenin depresyona sebep olması gibi, depresif bireylerin de stres durumuyla baş edebilmek için yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları bakımından kilo almaya sebep olabilecek tercihler yaptıkları ve bu nedenle obez olmaya yatkın oldukları belirtilmektedir. Depresyon ve duygusal yeme davranışında özellikle yüksek kalorili besin tercihi vücut ağırlığı artışına ve dolayısıyla obeziteye neden olmaktadır (7). Depresyonun birtakım değişkenlerle ilgisinin incelendiği çalışmalara bakılırsa; Odom ve arkadaşları (2010) depresyon puanı arttıkça

bireylerin kilolarının geri alınma riskinin de artığını belirtmişlerdir (8). McGuire ve arkadaşları (1999) ise yine depresyon düzeyinin yüksek olmasının, kiloların geri alınmasında önemli bir risk etmeni olduğunu ifade etmiştir (9). Son senelerde yapılan çalışma verilerine göre ise, erkek ve kadın arasında depresyon görülme riskindeki farkın zaman ilerledikçe azaldığı ve bunun gelişmiş toplumlarda kadınların sosyoekonomik konumlarındaki değişmeye bağlı olabileceği belirtilmektedir (10).

Bu çalışma duygusal yeme ve depresyonun hem birbirleri üzerindeki etkilerini hem de cinsiyet, yaş, sigara ve alkol tüketimi, beden kütle indeksi (BKİ), uyku düzeni gibi değişkenlerin duygusal yeme ve depresyon üzerindeki etkilerini inceleyerek duygusal yeme ve depresyona nelerin neden olduğunun anlaşılması ve çözüm yollarının bulunması açısından literatüre katkı sağlamayı hedeflemektedir.

1.2. Amaç ve Hipotezler

Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinde duygusal yeme ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bunun dışında alt amaçlar; sosyodemografik özellikler, alkol ve sigara kullanımı, bireylerin kendi vücut ağırlıklarıyla ilgili düşünce ve davranışları, BKİ durumları ve uyku düzeni, psikolojik destek ve yürüyüş yapma durumları ile duygusal yeme ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konması hedeflenmektedir.

Ayrıca Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEB-Q) kullanılarak gönüllü bireylerin kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme durumlarını incelemek, duygu durumunun yanı sıra kısıtlama davranışının ve dışsal faktörlerin de yeme davranışı üzerindeki rolünü değerlendirmek amaçlanmıştır.

Aşağıda çalışmaya dair öngörülen hipotezler yer almaktadır.

H1: DEB-Q alt ölçekleri ile Beck depresyon ölçeği (BDÖ) puanları arasında pozitif bir ilişki vardır. Depresyon puanı arttıkça DEB-Q alt ölçekleri puanı artar.

H2: DEB-Q alt ölçekleri ve BDÖ puanları ile sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum vb.) arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H3: DEB-Q alt ölçekleri ve BDÖ puanları ile sigara ve alkol kullanımı arası anlamlı bir ilişki vardır.

H4: DEB-Q alt ölçekleri ve BDÖ puanları ile bireyin kendi vücut ağırlığıyla ilgili düşünce ve davranışları (kilodan memnuniyet, kendini kilolu görme, kilo vermeye çalışma) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5: DEB-Q alt ölçekleri ve BDÖ puanları ile BKİ arasında pozitif bir ilişki vardır. BKİ'si yüksek olan bireylerin DEB-Q alt ölçekleri ve depresyon puanları daha yüksektir.

H6: BDÖ puanları ile psikolojik destek alma, uyku düzeni ve haftalık yürüyüş süresi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

Sağlıklı beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli bir şekilde uzun bir hayat sürmek için gereken enerji ve besin öğelerinin hepsinden yeterli derecede karşılayacak besinleri, besin değerini kaybetmeden ve sağlığı bozucu hale dönüştürmeden en kazançlı biçimde vücuda almak ve kullanmaktır (11). Bir bireyin hayat boyu sağlıklı bir diyet tüketmesi, tüm biçimleriyle yetersiz beslenmenin haricinde diyetle alakalı birtakım bulaşıcı olmayan hastalıkları ve durumları önlemede katkı sağlar (12).

Evrimsel olarak bakıldığında, insanlar yaşamın devam ettirilmesinde önemli bir faktör olduğu için yemek yemeyi sevmeye başladılar. Biyolojik işlevinin yanı sıra, yemek yemek bireyin estetik veya toplumsal sebeplerle haz almaya meyilli olduğu temel bir sosyal ve kültürel aktivitedir. Bununla beraber, gıdalar günümüzde sadece zevk ve keyif kaynağı değil, sağlıksız potansiyel sonuçlara yol açabilecek olması sebebiyle giderek artan bir endişe kaynağı haline geldi (13). Bu tür endişelerin başlıca nedenine baktığımızda, günümüzde artan işlenmiş gıda tüketimi, hızlı şehirleşme ve değişen hayat tarzlarının bireylerin beslenme düzenlerinde farklılığa neden olmasıdır. İnsanların enerji, yağ, serbest şeker veya tuz/sodyum düzeyleri daha yüksek olan yiyecekleri tüketmeleri ve lif bakımından zengin meyveler, sebzeler ve tam tahılların yenmiyor oluşu, ucuz ve yüksek kalorili yiyeceklerin obezojenik etkilerinden kaynaklanan ve giderek artan aşırı kilo salgınına neden oldu (12,13). Obezite, günümüzde en görünür halk sağlığı problemlerinden biridir. Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), hipertansiyon (HT), felç, diyabet ve çeşitli kanser türleri de dahil olmak üzere ciddi hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür ve diyetle ilişkilidir. Bunun yanında artan aşırı kilo sorunu, kronik sağlık sorunlarının yaygınlığını ve daha erken yaşta görülme durumunu da artıracaktır (14,15).

Bireyin fizyolojik ve pisikolojik sağlığını önemli derecede etkilemesi açısından beslenme alışkanlıkları, son zamanlarda tüm dünya ülkelerinde oldukça üzerinde durulan bir konudur. Bireyin öğün sayısı, yiyecek satın alma, hazırlama, pişirme ve servis, ana öğünlerde tükettikleri besinlerin türleri ve miktarları gibi ana özelliklerinin yanında bireylerin yiyeceklerin iyi çiğnenmesi, yemek yeme hızı, üzüntü, neşe ya da

yorgun olma durumlarında yiyeceklerin tüketimi, besinlerin soğuk veya sıcak tüketilmesi gibi davranış kalıplarını içeren bir bütünlük oluşturmaktadır. Bunun dışında gelir, eğitim ve beslenme bilgi düzeyi, iklim, adet ve gelenekler, kentte veya kırsal kesimde yaşama, çevre gibi etmenler de beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir. Bu yüzden, kişilerin beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ve yeni bir şekil vermek gerçekten zor bir uğraştır (16). Genç bireylerin beslenme alışkanlıklarının oluşmasında ise birincil faktörler olarak; bireysel yeme tercihleri, aile bireylerinin yeme tarzı, ebeveynlerin yeme seçiminde örnek olma durumu, medya ve toplum normlarıdır. Bunun yanı sıra beslenme alışkanlıklarını etkileyen kişisel faktörler; davranışlar, inançlar, bilgiler, özsaygı, öğün ve atıştırmalık örüntüsü de vücut ağırlığını kontrol etmede etkili olan etmenlerdir. Ayrıca yeme alışkanlıklarını etkileyen sosyal çevresel faktörlere bakıldığında ise aile, arkadaşlar ve diğer yakın çevrenin etkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla yeme davranışı genç bireyin fiziksel gelişimi, sağlığı ve kişiliğinin merkezini oluşturmaktadır (17).

2.2. Besin Seçimi

Besin seçimi, görünüşte basit ama aslında pek çok etkileşim faktöründen etkilenen çok karmaşık bir davranıştır (18). Hangi besinler ve içeceklerin; nasıl, neredei, ne zaman ve kimlerle birlikte tüketileceği, yeme davranışlarını ve besin seçimlerini oluşturmaktadır. Besin seçimi, hangi besinlerin vücuda alınıp alınmayacağını belirleyerek sağlık durumunu etkilemektedir (19). Ancak insanların yiyeceklerini seçerken dikkate aldıkları tek faktör sağlık değildir ve sağlığa odaklanmak, insanlar için sınırlı öneme sahip bir dizi güdüye özel vurgu yapılmasına yol açabilir. Bu nedenle, yiyecek seçimi üzerindeki diğer etkilerin rolünü araştırmak önemlidir (20).

Belirtildiği üzere besin seçimi, yalnızca fizyolojik veya beslenme ihtiyacı tarafından belirlenmez, aynı zamanda sosyal ve kültürel faktörlerden de etkilenir. Bireylerin yetiştirildiği kültür, yapılan seçim türleri üzerinde çok güçlü bir etkiye sahiptir ve sosyal etkileşimler, yiyecekler hakkındaki görüşlerimiz ve yeme davranışımız üzerinde derin bir etkiye sahip olacaktır (21). Bunun yanı sıra yemek yemenin sosyal bağlamının, insanların yeme davranışını anlamak için çok önemli olduğu giderek daha fazla kabul edilmektedir. Buna göre, çok sayıda araştırma,

bireysel yeme alışkanlıklarını yönlendirmede sosyal etkilerin yaygınlığını göstermiştir (22). Örneğin; sosyal olarak arkadaşlıklar geliştirmek, misafirperver davranmak, hediye olarak ve kutlamaların, tatillerin ve özel aile günlerinin önemli bir parçası olarak kullanılır (23).

Besin seçimini etkileyen bir diğer faktör de kişilik gibi bireyler arasındaki psikolojik farklılıklardır (21). Psikolojik faktörler, kişinin hangi yiyecekleri yediğinin en güçlü belirleyicileri arasındadır. Tercihler, fizyolojik ve psikolojik gelişimin ve sosyal deneyimlerin bir sonucudur ve bir besini sevme derecesi ile ilgilidir. Sevilen besinler, tanıdık olan, hoş kabul edilen ve genellikle yenen besinlerdir, bu sebeple besin tercihleri tüketimi öngörür. Sevilmeyen besinler ya tatsız oldukları için ya da hiç tadına bakılmamış, alışılmadık yiyecekler oldukları için reddedilir (23). Bunun dışında, gıda özellikleri de yiyecek seçimini etkileyebilir. Gıdanın bazı kimyasal ve fiziksel özellikleri, örneğin lezzet, doku veya görünüm, birey tarafından duyusal nitelikler açısından algılanacaktır (21). Duyusal özelliklerden tat, Gıda Pazarlama Enstitüsü Gıda Alışverişçileri araştırmasına yanıt verenlerin %89'u tarafından gıda seçiminde en önemli olarak kabul edilen özelliktir. Besin tercihlerine katkı sağlayan diğer duyusal özellikler doku, renk, şekil, biçim, parça boyutu ve sıcaklıktır (23). Gıdanın rengi, tatlılık algısını, gıda tercihini ve kabul edilebilirliği etkileyerek gıda seçiminde kilit rol oynayan etmenlerden biridir. Bunun dışında sıcaklık tercihleri, insanların belirli bir ürünle ilgili deneyimlerini ve maruz kalma türünü yansıtır; örneğin bazı bireyler sıcak birayı ve şarabı tercih ederler, çünkü her zaman bu şekilde içiyorlardır. Ayrıca başka insanların varlığı, tüketim zamanı, koku, renkler veya fiziksel ortam gibi çevresel faktörler de, gıda alımını ve seçimini etkileyebilir. Ortamdaki renkler, sesler, koku ve dokular doğrudan yeme davranışına olumlu katkıda bulunan içgüdüsel reaksiyonları uyandırabilir (14).

Bunun dışında stres ve olumsuz duyguların gıda seçimini ve tüketimini etkileyebileceğine dair kanıtlar vardır (20). Stres sağlığı yalnızca doğrudan biyolojik etkileriyle değil, aynı zamanda sağlığı etkileyen sağlık davranışlarındaki değişiklikler yoluyla da etkileyebilir (24). Stres sırasında bir dizi gıda kategorisinin alımında algılanan değişikliklerin incelendiği bir araştırmada, katılımcıların stres altında genel olarak daha fazla, aynı veya daha az yemek yediğinin bildirilmesi istendi ve sonuçta, tatlılar ve çikolatanın stres altında tüm gruplar tarafından, hatta genel olarak daha az

yemek yiyenler tarafından bile daha fazla tüketildiği bildirildi. Tersine, meyve ve sebze ile et ve balık alımları tüm gruplarda stres altında daha az veya değişmediği rapor edildi (25). Yakın zamanda yapılan ulusal bir ankette de, insanların yaklaşık yarısının şu anda beş yıl öncesine göre daha fazla stres hissettiğini ve %38'inin aşırı yemek yediklerini veya baş etmek için sağlıksız yiyecekler yediğini bildirdi (American Psychological Association, 2014) (26). Bunun yanı sıra ruh hali de, yiyecek seçimini değiştirebilir ve yemek seçimi, çeşitli nedenlerle ruh halini değiştirebilir. Ruh hali ve yemek seçimi arasındaki ilişkinin yönü ya da var olup olmadığı, bir bireyin psikolojik ve nörohormonal eğilimlerine bağlı olacaktır. Bu nedenle, birey, mevcut ruh haline ve aranan sonuca bağlı olarak en iyi yemek seçimi stratejisini bilinçli veya bilinçsiz olarak öğrenmiş olacaktır. Bunun bariz bir örneği, palyatif nöral alt tabakalarının zevki ve aktivasyonunu ortaya çıkaran hedonik duyusal (veya besleyici) niteliklere sahip yiyecekler yiyerek ruh halinin yükseltilmesidir; çikolata çoğu insan için akla gelebilir (25). Ruh haline ek olarak, cinsiyetin gıda seçimlerini etkilediği gösterilmiştir. Erkeklerin ve kadınların duygularını oldukça farklı şekillerde ifade ettikleri ve düzenledikleri çok sayıda literatür belgesi vardır. Örneğin, kadınlar karar vermede ve davranışlarını yönlendirmede olumsuz duygulara daha fazla odaklanma ve güvenme eğilimindedir. Aksine, erkekler kendilerini olumsuz duygusal deneyimlerden uzaklaştırma ve bunun yerine olumlu duygulara odaklanma eğilimindedir. Bu nedenle, erkeklerin ve kadınların stresle başa çıkma yöntemleri farklı olabilir, bu da stresin gıda tüketimini tetikleyip tetiklemeyeceğini ve ne şekilde tetikleyeceğini etkiler. Kadınlar duygu odaklı başa çıkma ile daha çok ilgilendiklerinden, kendilerini stresli duygulardan uzaklaştırmak için duygusal yemeğe yönelme olasılıkları daha yüksektir (26).

Sonuç olarak, yiyecek seçimini etkileyen faktörler arasında fizyolojik kontroller, duyusal değerlendirmeler ve öğrenme mekanizması bulunur. Göreceli etkileri kişiden kişiye farklılık gösterir. Esneklik vardır, çünkü gıda seçimi, bireyler gıda hakkında deneyim ve inanç kazandıkça, sosyal aktiviteyi artırdıkça ve çevresel değişikliklere tepki verdikçe karmaşıklığı artan dinamik bir süreçtir (27).

2.3. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları (YB), yeme davranışı ve kilo regülasyonunda ciddi rahatsızlıklar ile karakterize, giderek daha sık görülen psikiyatrik durumlardır (28). Yeme bozuklukları, yüksek mortalite oranları, çoklu sistemik tıbbi komorbiditeler ve sıklıkla kronik ve nükseden bir hastalık seyri içeren psikiyatrik bozuklukların en zararlıları arasındadır (29). Irk, yaş ya da cinsiyetten bağımsız olarak dünya çapında milyonlarca kişiyi etkiler ve önemli kişisel, ailevi ve toplumsal maliyetlere yol açar (30). Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, Beşinci Baskısında (DSM-5), beslenme ve yeme bozuklukları bölümü üç spesifik YB teşhisi içermektedir ve bu yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN) ve tıkınırcasına yeme bozukluğudur (TYB) (31). AN, BN veya TYB için tanı kriterlerini karşılamayan yeme bozuklukları, diğer veya belirtilmemiş beslenme veya yeme bozuklukları altında sınıflandırılabilir (32).

Yeme bozuklukları, psikiyatrik bozuklukların çoğunda olduğu gibi, bir dizi biyolojik ve psikososyal faktörün katılımı öne sürülmesine rağmen, şu anda etiyolojisi pek bilinmeyen bir akıl hastalıkları grubudur. YB'nin başlangıcı genellikle ergenlik döneminde gerçekleşir ve hastalık esas olarak kadınlarda görülür (33). YB'ler genel popülasyonda yaygındır ve dünya çapındaki yaygınlık tahminleri erkeklere kıyasla kadınlarda artmış prevalans ile AN %0.21 [%95 güven aralığı (CI), 0.11-0.38], BN %0.81 (%95 CI, 0.59-1.09) ve TYB %2.22'dir (%95 CI, 1.78-2.76) (32). Ülkemizde gençler üzerinde yapılan bir araştırma, diyet yapanların oranının kadınlarda %33.6 ve erkeklerde %6.3 olduğunu ve kadınların %43'ünün, erkeklerin ise %18.3'ünün zayıf olmayı arzuladığını ortaya koymuştur (34). Ayrıca, 80 yaşına kadar AN, BN ve TYB'nin kümülatif yaşam boyu riski yaklaşık %4.6'dır. Eşik altı yeme bozukluğu davranışlarının dahil edilmesi, bu tahmini yaklaşık %10'a yükseltir (30).

2.3.1. Klinik Özellikler

Tanım olarak, AN'li bireyler zayıftır ve BN'li bireyler tekrarlayan aşırı yeme epizodlarına ve ardından kendini kusturma veya aç kalma gibi telafi edici kilo kontrol davranışlarına sahiptir. TYB, DSM-5'de tanısal duruma ulaştı. Tanısal belirteçlerle ilişkili tekrarlayan aşırı yeme ve tekrarlayan telafi edici kilo kontrol davranışları olmaksızın ve ağırlık/şeklin aşırı değerlendirmesi gerekmeden en azından orta

derecede sıkıntı ile karakterizedir. BN ve TYB'li kişiler normal kilolu, fazla kilolu veya obez olabilir (32).

Bu bozuklukları tanımlayan genel klinik özellikler, aşırı derecede zayıf kalma arzusu, patolojik kilo alma korkusu ve vücut algısının bozulmasıdır. Bu temel tanımlayıcı semptomlara karakteristik bir mizaç, kişilik ve ruh hali değişiklikleri eşlik eder. AN'li hastalar obsesif-kompulsif davranışa meyilli olarak daha katı ve mükemmeliyetçi bir tutum sergiler ve BN'li hastalar dürtü kontrolünde daha büyük bir değişikliğe sahiptir. Vakaların %10-20'sinin kronikleşmesine rağmen, çoğu hasta ortalama altı yıllık bir hastalık süresinden sonra iyileşir (33). Genel olarak bakıldığında AN, BN ve diğer yeme bozukluğu vakalarının çoğu, çekirdek bir psikopatolojiyi paylaşır: şekil ve ağırlığın önemi ve kontrollerinin aşırı değerlendirilmesi. Çoğu insan, yaşamın çeşitli alanlarında algılanan performanslarına (ilişkilerinin kalitesi, iş performansları, sportif yetenekleri gibi) dayanarak kendilerini yargılarken, yeme bozukluğu olan insanlar için öz-değer büyük ölçüde, hatta yalnızca şekillerine, ağırlıklarına ve onları kontrol etme yeteneklerine bağlıdır. Bu psikopatoloji, yeme bozukluklarına (ve vücut dismorfik bozukluğa) özgüdür (35).

2.3.2. Etiyoloji

Yeme bozuklukları etiyolojisinin, genetik yatkınlık, çevresel etkiler ve psikolojik özelliklerin bir kombinasyonunun rol oynadığı çok faktörlü olduğu düşünülmektedir (26). Mizaç, biçimlendirici ilişkiler ve yaşam deneyimleri arasındaki etkileşim, bireysel bağlamda bir YB'nin gelişimini belirler (32).

Yeme bozukluğu olan hastaların akrabalarında YB gelişme riski, YB olmayan bireylere kıyasla on kat fazla olduğundan, YB'lerin kalıtsal olduğuna dair artan kanıtlar vardır (36). İkiz ve aile çalışmaları, YB'lerin genetik geçişine dair kanıt sağlar (37). Thornton ve arkadaşlarının yaptığı ikiz ve evlat edinme çalışmasında (2010) tahmini kalıtsallığın, AN'de %28-74, BN'de %54-83 ve TYB'de %41-57 arasında olduğu bulunmuş ve bu da güçlü bir genetik bileşeni göstermektedir. Bununla birlikte, bugüne kadar gen-ilişki çalışmaları, YB hastalığının genetik yapısı aydınlatılamamıştır (32). Öncelikle, davranış genetiği şu anda genetik faktörler kadar çevresel faktörleri de vurgulamaktadır. Aile çalışmaları, YB'lerin ailelerde toplandığını göstermektedir, ancak bu tür çalışmalar genetiği çevresel etkenlerden kolayca ayıramaz. Genlerin

YB'ler üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğunu gösterdiği iddia edilmekle beraber, bu durumun nasıl olduğunu göstermeyen birtakım analizler mevcuttur (37).

2.3.3. Risk Faktörleri

Yeme bozukluğu davranışları için ergenlik dönemi, biyolojik değişiklikler, yaşamdaki stresin artması ve sosyal rollerde oluşan değişimler nedeni ile kritik bir dönem olarak değerlendirilir (34). YB'lerin en yüksek başlangıç yaşı 15-25'dir ve ortalama hastalık süresi yaklaşık altı senedir (38). Ailevi etkiler göz önüne alındığında, aile iletişimi, ebeveyn bakımı ve beklentilerini düşük olarak algılayan ergenler ile cinsel veya fiziksel istismarı bildirenlerde, YB gelişme riski daha yüksektir. Aksine, özerkliğe yönelik algılanan ebeveyn teşviki, daha az diyet yapma davranışı ile ilişkilidir, muhtemelen YB'lere karşı koruyucu bir işlev görür (37).

Bunun dışında YB'lerin, çarpıcı bir cinsel dimorfizm sergileyen, en cinsiyetli psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu düşünülmektedir (29). TYB neredeyse her iki cinsiyette de eşit derecede yaygınken, AN ve BN hastalarının çoğunu genç kadınlar oluşturur (38). Ancak daha yeni kanıtlar, bu rakamın muhtemelen olduğundan az tahmin edildiğini gösteriyor (29). Günümüzde genç erkeklerde AN ve BN'nin de görülme sıklığı giderek artmaktadır (34). Örneğin, uzman YB kliniklerinden elde edilen kanıtlar, erkeklerin Avustralya'da ve Birleşik Krallık'ta %33'e varan oranda olduğunu gösteriyor. YB'lerin yalnızca veya esas olarak kadınlar arasında meydana geldiği algısı ve bunun sonucunda erkeklerin son 50 yılın çoğunda YB araştırmalarından dışlanması, erkeklerde YB'nin klinik görünümü ve yönetimi konusundaki anlayışımızda önemli boşluklar olduğunu gösteriyor (29). Ayrıca toplumun genelindeki artışın nedenlerine bakıldığında özellikle yüksek gelirli ülkelerde, obezite ile birlikte yeme bozukluğu davranışlarının yaygınlığının her geçen gün arttığı görülmektedir (38). BN, TYB veya başka türlü adlandırılamayan yeme bozukluğuna sahip bireylerin yaklaşık %30-80'i obez olduğundan, bu mevcut obezite salgını ile birleşmektedir (32).

Sosyokültürel etkilere bakıldığında ise, YB'lerin temel bir özelliği olan zayıflık takıntısı, gıdanın bol olduğu kültürlerde yoğunlaşır. Yine şaşırtıcı olmayan bir şekilde, idealize edilmiş (zayıf) fiziğe sahip medya görüntülerinin insanları zayıf olmaya motive ettiği veya hatta zorladığı gerekçesiyle, medya sıklıkla YB'lerin artışından

sorumlu tutulmaktadır. Fakat bolluk kültürü ve medya en iyi ihtimalle YB'lerin arka plan nedeni olarak görülmelidir. Aynı şekilde akran etkisinin sıklıkla YB'lere bir katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Fazla kilonun toplumsal olarak küçümsenmesinin ve zayıflığın yüceltilmesinin bir sonucu olarak, çoğu genç kadın kilolarından ve şekillerinden memnuniyetsizliklerini ifade ediyor. Aslında vücut tatminsizliği, YB'lerin temel bir habercisi olarak kabul edilebilir. Bu tatminsizlik ne kadar yoğun olursa, kilo verme girişimleri o kadar fazla olacaktır. Zayıflığın idealleştirilmesi bazen tek başına YB'nin temel nedeni olarak görülebilir veya diğer patojenlerle birleştirildiğinde, bu girişimler AN veya BN ile sonuçlanabilir (37).

2.3.4. Tedavi

AN, BN, TYB ve diğer belirtilmiş veya belirtilmemiş yeme bozuklukları dahil yeme bozukluklarına daha önce de belirtildiği gibi önemli fiziksel ve psikolojik sıkıntı eşlik eder. Yeme bozukluklarının tedavisi ile ilgili literatür, yetişkinler için bilişsel davranışçı terapi veya kişilerarası psikoterapi ve ergenler için aile temelli tedavi kullanımını desteklese de, tedavi sırasında düzelmeyen önemli sayıda birey vardır. Özellikle AN hastalarının iyileşme oranları düşüktür ve hatta özel tedavilerin bile kilo alımı veya AN için psikolojik semptomlar üzerinde uzun vadeli etkileri yoktur. Berkman ve diğerleri (2007), BN veya TYB için iyileşme oranlarının daha yüksek olduğunu, ancak tedavi etkinliği açısından hala önemli ölçüde tutarsızlığın var olduğunu belirtmişlerdir (39). Erken müdahale, tam iyileşme için anahtardır, ancak birçok yeme bozukluğu vakası tespit edilemez. Beslenme yönetimi dahil konuşma terapileri tercih edilen tedavi yöntemidir (38). Yeme bozukluklarının toplumda kesin olarak görülme sıklığına ve ücretine rağmen, yeme bozukluklarının etiyolojisi hakkında kapsamlı bir anlayış mevcut değildir. Bu sınıftaki bozuklukları önleme, saptama ve tedavi etme durumu önemli sınırlamalarla karşı karşıya kalınmıştır ve açıktır ki, risk faktörlerini, hastalığın seyrini ve yeme bozukluklarının tedavisini daha iyi anlamak için ek çalışmaya ihtiyaç vardır (30).

2.3.5. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza, tanısal bir terimdir ve kelimenin tam karşılığı olarak nevrotik iştahsızlık anlamına gelir. Sir William Gull ilk olarak 1888'de Lancet adlı

dergide bir AN vakası bildirdi (40). AN, önemli ölçüde düşük vücut ağırlığı ve yoğun kilo alma korkusu ile karakterizedir (41). Dünya genelinde kadınların %1.4'ünü ve erkeklerin %0.2'sini yaşamları boyunca etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluktur. AN'li önemli sayıda insan, uzun yıllar boyunca hasta kalmaktadır; hastalık ilerledikçe ve iyileşme olasılığı azaldıkça tedavi giderek daha zor ve pahalı hale gelmektedir (42). Tüm mental bozukluklar arasında yeme bozuklukları, en yüksek ölüm oranlarına sahiptir ve ölüm oranının AN'de on yılda %6'ya yaklaştığı kaydedildi. AN'deki bu ölümlerin yaklaşık dörtte biri intihara bağlı olsa da, yarısından fazlası tıbbi komplikasyonlara atfedilir (43). Son zamanlarda yapılan araştırmalar, anoreksiya nervoza ve anoreksik davranışların (katı diyet veya aç kalma gibi) prevalansının arttığını göstermektedir (44).

AN, genelde orta geç ergenlikte (14-18 yaş) ortaya çıkar, fakat son senelerde ergenlik öncesi ya da erken ergenlik döneminde görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir. Kadın-erkek oranının klinik çalışmalarda 10/1 olduğu bildirilse de toplum çalışmalarına bakıldığında bu oran daha düşük bulunmuştur (45). Ergenlik döneminde oluşan biyolojik değişiklikler (hormonal değişimler, beyin myelinizasyonu ve sinaps yapısındaki değişimler), stresli yaşam olaylarının artışı, sosyal rollerdeki değişiklikler, bireylerde yeme bozukluğuna neden olabilir (46). Ergenlik öncesi dönemde kız erkek oranı neredeyse eşittir ve bu grupta hastalık daha kötü prognoza sahiptir; kilo kaybı daha hızlı olur, eşlik eden psikopatolojiler daha fazladır ve tedaviye yanıt daha olumsuzdur. Bunun dışında ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda, AN için genetik geçiş %33-84 oranlarında bulunmuştur. Ayrıca birinci derece kadın akrabalarından birinde AN bulunanların yaşam boyu AN riski bulunmayanlara göre on kat fazladır (45).

Anoreksiya nervoza, hastanın zayıf kalmasına neden olan ciddi bir hastalıktır. Ancak hastalar kendilerini aşırı kilolu olarak algılarlar ve sürekli diyet yapmak açlıkla sonuçlanabilir. Diğer semptomlar arasında amenore ve kilo alma korkusu bulunur (44). AN'li bireyler, günlük işleyişi ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir dizi psikolojik ve fizyolojik sonuç yaşarlar. Tedaviyle, AN olanların çoğunluğu kısmi iyileşmeye (kiloda düzelme) ulaşabilir, ancak tam iyileşme oranları yüksek bir relaps oranıyla önemli ölçüde azalır, bu nedenle AN gelişiminde psikogelişimsel, sosyokültürel, genetik ve nöropsikiyatrik pek çok

etken rol alabilir (46,47). Devamlı yetersiz ve dengesiz beslenen bu kişilerde ciddi miktarda kilo kaybı ve tüm sistemleri etkileyen belirtiler gözlenir. Bireyin kendisinin başlattığı bu döngü zamanla kronikleşir, ciddi biyolojik sonuçlar ve ağır psikososyal işlev bozukluklarına sebep olur. AN'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluklar depresyon, obsesif-kompülsif bozukluk ve anksiyetedir. AN'de eş tanı oranı depresyon ile %50-68 ve anksiyete ile %30-65'dir. AN nispeten kötü seyirli bir ruhsal bozukluk olup iyileşme ve devam eden iyilik hali hastaların sadece %50-60'ında sağlanabilmektedir. Uzun vadedeki olumsuz seyir, diğer ruhsal bozukluklar ile YB'nin beraber bulunmasıyla alakalı gibi görülmektedir. Ayrıca AN tanılı bireylerle, diğer yeme bozukluğu tanılarını alan bireylere göre daha zor bir ilişki kurulmaktadır (48). Aşağıda AN için DSM-5 tanı ölçütleri verilmiştir (49).

DSM-5 Anoreksiya Nervoza Tanı Ölçütleri

A. "Gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğü altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.
C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz." (APA 2013, 338-339.)

AN tedavisine bakıldığında, çok yönlü tıbbi ve psikiyatrik yaklaşımı gerekli kılmaktadır ve AN tanılı birey ve ailesinin tedaviye beraber katılımı sağlanmalıdır. Özellikle ergen bireylere, bireysel terapi yanında aile terapisi de önerilmektedir. AN tedavisinde farmakolojik tedavi sıklıkla kullanılmaktadır ve tedavide antidepresanlar ve düşük dozda antipsikotik ilaçlar bulunmaktadır, ancak tedavi etkinliğine dair çalışma sayısı azdır. Bilişsel davranışçı psikoterapiler, grup psikoterapileri, psikodrama yöntemlerinin de tedavide yararlı olduğu belirtilmektedir (48).

2.3.6. Bulimia Nevroza

1979'da İngiliz psikiyatrist Gerald Russell, AN tedavisi için kliniğinde 30 hastayı "aşırı yemek yemeye yönelik güçlü ve karşı konulamaz dürtülerin kurbanı" ve "şişman olmaktan korkunç derecede korkan" olarak tanımladı. Russell, bu hastaları ayrı bir yeme bozukluğuna sahip olarak değil, belki de "anoreksiya nervoza'nın kronik bir aşaması" olarak sınıflandırdı (36). Bulimia nevroza tanısı ilk olarak 1980'lerde DSM kriterlerine eklendi (44). BN'nin ayrı bir YB olarak tanınmasının önemi, bulimili kişilerin vücut ağırlıklarının artışını önlemek amacıyla kullandıkları telafi edici davranışlara ikincil olarak morbidite ve mortalite açısından önemli bir risk altında olabilmesidir. Bulimili kişiler, vücut ağırlığı normal veya normalin üzerinde olabileceği için genelde aileler ve doktorlar tarafından tespit edilmezler ve AN'de var olan amenore gibi tıbbi yardım almasına sebep olabilecek tıbbi şikayetler genelde yoktur (36). Geleneksel tanı yaklaşımları, semptomların hasta tarafından kendi kendine raporlanmasına dayanır. AN'de meydana gelen düşük vücut ağırlığı durumu onun dışarıdan daha görünür olmasını sağlarken, AN ego-sintonik bir hastalık olarak kabul edilir, öyle ki, hastanın benlik kavramı ile tutarlıdır ve onları tedaviye daha az açık hale getirir. Tersine, BN ego-distonik ve hasta için caydırıcı olarak kabul edilir, ancak utanç ve gizlilik genelde semptomların açığa çıkması ve tedavi aranmasına engel olur (50). Tekrarlayan aşırı yeme, aşırı kilo kontrolü davranışı ve vücut şekli ve kilosuyla ilgili aşırı endişe ve telafi edici davranışlarla (örn. sonuç olarak kilo alımını önlemek için arınma, oruç tutma ve aşırı egzersiz) karakterizedir ve genellikle ergenliğin sonlarında veya erken yetişkinlikte başlar (41,51). Aşağıda BN için DSM-5 tanı ölçütleri verilmiştir (49).

<u>DSM-5 Bulimiya Nervoza Tanı Ölçütleri</u>

A. "Yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması; bu dönemler aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
   1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir iki saat içinde) yeme.

2. Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin zorladığı kusma, laksatif, diüretik ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

C. Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisinin de üç ay süreyle ortalama en az haftada bir kez ortaya çıkması.

D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenme.

E. Bu bozukluğun sadece anoreksiya nervoza epizodları sırasında ortaya çıkmaması.” (APA 2013, 345.)

BN, kadınlarda yaklaşık %1.5 ve erkeklerde yaklaşık %0.5 oranında görülür (51). Bununla birlikte, katı DSM kriterleri uygulamak yerine düzensiz yeme davranışını değerlendiren toplum çalışmaları, katı kriterleri uygulayanlara göre çok daha fazla yaygınlık (%14-22) buldu (50). Genetik etkilere bakıldığında, ikiz çalışmalar BN'nin kalıtsallığını %28-83 arasında tahmin etmiştir. Ayrıca eştanılı psikiyatrik bozukluklar genellikle BN tanısı sırasında mevcuttur veya seyri sırasında gelişebilir (36). BN'li ergenlerde en yüksek komorbidite oranı, duygudurum (%49.9) ve anksiyete (%66.2) bozuklukları ile güçlü bir ilişki olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle bu gruptaki intihar seviyesi endişe vericidir. Yapılan bir çalışmada BN'li ergenler, BN'li yetişkinlere ve başka herhangi bir YB tanısı olan gençlere göre daha yüksek oranlarda intihar bildirdi. BN'li ergenlerin yarısından fazlası (%53) intihar düşüncesini destekledi. Örneklemin dörtte birinden fazlasının intihara dair planı vardı ve üçte birinden fazlasının daha önce bir denemesi vardı (öncesinde birden fazla girişimde bulunanların oranı %17.1) (50). Buna karşılık YB’li ergenler genellikle yetişkinlerden önemli ölçüde daha iyi sonuçlara sahiptir. Daha iyi prognoz; daha erken başlangıç yaşı, daha kısa semptom süresi ve daha iyi ebeveyn-çocuk ilişkileri ile ilişkilidir (36).

Yeme bozukluklarına özgü bilişsel davranışçı terapinin (BDT), BN tedavisinde etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir. Bazı kanıtlar, kişilerarası psikoterapinin BDT'ye benzer sonuçlar elde edebileceğini, ancak bu etkilere ulaşmak çok daha yavaş

olduğunu göstermektedir. BN için birçok tedavi şekli vardır, ancak sonuçları hakkındaki veriler bugüne kadar sınırlıdır (51).

2.3.7. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, kontrol kaybı duyguları yaşarken belirli bir süre içinde (iki saat) ve benzer koşullarda çoğu bireyin tüketebileceği miktarın çok daha üstünde yiyeceğin tüketilmesi, yeme davranışının kontrol edilememesi, tekrar eden aşırı miktarda besin tüketimi davranışları ile karakterize bir yeme bozukluğudur (52,53). TYB hastalığından muzdarip çoğu birey utanç sebebiyle yalnız başına yemek yer ve bu durumun ardından tiksinti, suçluluk veya üzüntü duygularıyla eziyet çeker (52). Tıkınırcasına yeme davranışı ilk kez 1959 yılında Albert Stunkard tarafından söz edilmiştir. 1991 yılında ise Spitzer ve arkadaşları tanı ölçütlerini tanımlamıştır (54). İlk kez DSM-5'te ayrı bir yeme bozukluğu başlığı olarak yer almıştır (45). TYB, pek çok açıdan bulimia nervozaya benzemektedir (55). TYB'yi BN'den ayıran en önemli özellik, vücut ağırlığı artışını önleme amacıyla kusma, aşırı egzersiz gibi telafi edici davranışlar olmadan tekrarlayan aşırı yeme ataklarının var olmasıdır (54). Aşağıda TYB için DSM-5 tanı ölçütleri verilmiştir (49).

DSM-5'e Göre TYB Tanı Kriterleri

1. "Tekrarlayan aşırı yeme epizodları, şu şekilde karakterize edilir:

Belirli bir zaman diliminde (örneğin, iki saatlik süre içinde), benzer bir zaman diliminde ve benzer koşullar altında çoğu insanın tüketebileceğinden daha fazla miktarda yiyecek yemek ve bu sırada yemek yeme üzerinde kontrol eksikliği hissi.

2. Tıkınırcasına yeme epizotları, aşağıdakilerden en az üçüyle ilişkilidir:

- Normalden daha hızlı yemek yemek.
- Rahatsız edici bir şekilde tok hissedene kadar yemek.
- Fiziksel olarak aç hissetmediği halde çok miktarda yemek yemek.
- Yediği miktardan utanma nedeniyle tek başına yemek yemek.
- Aşırı yeme olayından sonra tiksinti, depresif veya suçlu hissetmek.
- Aşırı yeme ile ilişkili belirgin sıkıntı.

3. Tıkınırcasına yeme, ortalama olarak üç ay boyunca haftada en az bir kez gerçekleşir.

4. Tıkınırcasına yeme, uygunsuz telafi edici davranışların tekrarlayan kullanımıyla (örneğin; müshili kötüye kullanım, kendi kendine kusma) ilişkili değildir ve yalnızca anoreksiya nervoza, bulimia nervoza veya kaçınma/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu seyri sırasında ortaya çıkmaz." (APA 2013, 350.)

TYB yeme bozukluklarından en yaygın olan türdür ve ergenlik dönemindeki bireyler için primer kronik hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir. TYB'nin ilki puberte sonrası (ortalama 14 yaş), ikincisi geç adölesan dönem (19-24 yaş) olmak üzere iki defa başlangıç piki yaptığı belirtilmiştir. Adölesan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada TYB prevelansı %1-3 arasında bulunmuş, cinsiyetler arasında beligin fark görülmemiştir (55). Çeşitli çalışmalar TYB'nin ailelerde toplandığını ve kalıtsal olduğunu bulmuştur. Ancak yakın zamanda resmi bir tanı kategorisi olarak kabul gördüğü için TYB ile ilgili çok az yayınlanmış genetik çalışma mevcuttur (56). TYB'li kişilerin, yeme bozukluğu olmayanlara kıyasla hipertansiyon, dislipidemi, metabolik sendrom ve tip 2 diyabet riski daha fazladır. Bunlara ek olarak telafi edici bir davranışın olmaması sebebiyle genellikle obezite ve obeziteye bağlı fiziksel komplikasyonlar eşlik edebilir (54). Ayrıca, TYB'ye sahip bireylerde yüksek oranda depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları ve alkol kötüye kullanımı görülebilmektedir (55). Daha yeni araştırma bulguları, TYB'li bireylerin çoğunun, en yaygın olanları arasında duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile birlikte en az bir yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk (%67-79) bulunduğunu ortaya koymaktadır. TYB'li bireyler arasında ruh halinin genel olarak daha kötü olmasına ek olarak, aşırı yemeden hemen önce özellikle zayıftır. Greeno ve arkadaşları tarafından, TYB'li kadınlarda tıkınma öncülleri araştırmış ve kötü ruh halinin doğrudan tıkınma dönemlerinden önce olduğu sonucuna varmışlardır. Depresif ruh hali, TYB'de en sık incelenen olumsuz duygu olmuştur. Çeşitli çalışmalar, depresif belirtiler, akut üzücü ruh hali ve aşırı yeme davranışı arasında bir ilişki olduğunu ve yüksek depresyon seviyelerinin daha şiddetli tıkınırcasına yeme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle öfke, aşırı yemede önemli bir duygu gibi görünmektedir. Bilimsel çalışmalar, olumsuz duyguların ve

uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin TYB'de aşırı yemenin başlangıcı ve sürdürülmesi üzerinde etkisi olduğuna dair net kanıtlar sağlar (52).

TYB'nin tedavi etkinliğine bakılırsa, TYB'ye sahip ergen olgularında tedavi ile ilgili veriler çok azdır (45). Hem ergenler hem de yetişkinlerde önde gelen tedaviler arasında bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi (KPT) bulunmaktadır (57). TYB'nin farmakoterapisinde antidperesan (fluoksetin, sertraline, venlafaskin, duloksetin vb), antiepileptik (topiramat, zonisamid, lamotrijin) ve antiobezite ilaçları (orlistat, sibutramin) bulunmaktadır ve yine ergenlerdeki kullanımları ile ilgili çok fazla çalışma yoktur. Antidepresanların etkisinin incelendiği çalışmalar, Seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) grubu ilaçların (fluoksetin ve sertraline) kısa dönemde plaseboya üstün oldukları ve tıkınırcasına yeme ataklarını azalttığını, fakat BDT ile kıyaslandığında etkilerinin tek başına BDT'den az olduğu bulmuştur (45).

2.4. Duygusal Yeme

Duygular, yemek seçimi, yeme motivasyonu ve yiyecek alım miktarı dahil olmak üzere insanların yeme davranışını etkiler (58). Duygusal yeme (DY), duyguların insan yeme davranışları üzerindeki etkisine ilişkin bilgi biriktirme ile ilişkili olarak geliştirilen nispeten yeni bir kavramdır. Duygusal uyarılmaya tepki olarak artan gıda tüketimi olarak tanımlanmaktadır (59). DY, bireylerin fiziksel olarak aç olmadıkları halde yemek yiyerek korku, kaygı, öfke, üzüntü gibi duygularıyla baş etmeye çalıştıkları bir rahatsızlıktır (60). Özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu olmak üzere YB gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır ve duygudurum, yeme davranışı ve kilo üzerinde olumsuz etkiler uyandırdığı bilinmektedir (61). Yeme alışkanlıklarında duygu kaynaklı değişiklikler, belirli duygusal durumların türü ve yoğunluğuna göre değişiklik gösterir (59). Duygusal yeme, başlangıçta olumsuz duygulara yanıt amacıyla yeme olarak tanımlanmış olsa da, şu anda olumlu ruh halinin de gıda alımını artırdığını gösteren bir dizi çalışma vardır. Bu nedenle, bazı araştırmacılar artık olumlu duyguları da duygusal yemenin bir parçası olarak kabul etmektedirler (62). Watson ve arkadaşlarının duygulanım üzerine yaptıkları araştırmalar, kişisel ve nispeten istikrarlı bir özelliği veya durumsal bir tepkiyi temsil edebilen iki ana duygusal durumu ortaya koymaktadır: olumlu duygulanım ve olumsuz duygulanım. Olumlu duygulanım, bir bireyin coşkulu, enerjik ve neşeli hissetme

derecesini temsil ederken, olumsuz duygulanım, öznel bir sıkıntı durumu ve kızgın, yorgun, endişeli veya sinirli hissetme olarak tanımlanır. Önceki çalışmalar, iki duygusal durumun da yeme davranışlarını etkilediğini, ancak olumsuz duygulanımın duygusal yeme üzerinde daha önemli bir etkiye sahip olduğunu ve gıda tüketiminin olumsuz duygulanıma yanıt olarak veya depresyon semptomlarıyla ilişkili olarak arttığı bulunmuştur (59).

2.4.1. Duygusal Yeme ile İlşkili Faktörler

Çocuklukta duygusal yeme yaygınlığı genellikle çok düşüktür. Bu bağlamda, gıda alımı çocuklarda olumsuz duygular/stres ile bağlantılı olduğunda, olağan, doğal tepki, iştahsızlık eğiliminde olmalarıdır (63). Duygusal yemenin muhtemelen ergenlikteki östrojen aktivasyonunun bir sonucu olarak çocukluk ve yetişkinlik arasındaki geçişte yani ergenlik döneminde ortaya çıktığı görülmektedir (64).

Duygusal yeme, yemeğin geçici zevk etkisi ve olumsuz duyguları deneyimlemenin zorluğu ile birleştiğinde tekrar eden bir alışkanlık haline gelebilir. Yemek yemekten gelen zevk nedeniyle bireyler aşırı yemek yerken geçici bir rahatlama hissi yaşayabilirler. Ancak bu sorunlu davranıştan sonra bireylerde farklı yönlerden çok sayıda olumsuz etki ortaya çıkabilmektedir. Bunlardan biri obezitedir (60). Duygusal yeme üzerine yapılan ilk deneysel çalışmalar, olumsuz duyguların sağlıklı besinler de dahil olmak üzere herkeste yemeye neden olabileceği basit hipotezini test etti. Bununla birlikte, olumsuz duygudurum uyarımlarının sağlıklı yiyicilerde sürekli olarak artan yemeğe yol açmadığı artık açıktır (65). Normal kilolu bireyler duygusal yemek yemeyi bildirseler de, bu aşırı kilolu yetişkinler için daha da büyük bir sorundur (66). DY, yetişkinler (özellikle kadınlar) arasında oldukça yaygındır ve düzensiz yeme ve zamanla kilo alımı ile ilişkilidir. Gerçekten de, fazla kilolu veya obez insanların %60 veya daha fazlası aynı zamanda duygusal yiyicilerdir (67). Duygusal yeme, artan BKİ, daha büyük bel çevresi ve daha fazla vücut yağı ile ilişkilidir. Yetişkinlerden oluşan bir örneklemde, en yüksek düzeyde duygusal yemeyi destekleyen deneklerin, düşük düzeyde duygusal yemeyi onaylayanlara göre aşırı kilolu veya obez olma olasılığı 13.38 kat daha yüksekti. Duygusal olmayan yiyicilerle karşılaştırıldığında, duygusal yiyiciler, tatlı ve yüksek yağlı yiyeceklerin daha fazla tüketildiğini, stres faktörlerine tepki olarak yemek yediğini ve daha sık atıştırma

yaptığını bildirmektedir (66). Artan vücut ağırlığıyla birlikte bu yeme alışkanlıkları, duygusal yiyicileri diyabet ve kalp hastalığı geliştirme riski daha yüksek hale getirir (68).

Ayrıca, duygusal yeme, üniversiteli kadınlar da dahil olmak üzere birçok popülasyonda BN ve TYB'de aşırı yemeyi tetikleyen bir faktör olarak tanımlanmıştır. Dahası, duygusal yeme yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve üniversite öğrencisi kadınlarda düşük benlik ve yetersizlik duyguları ile ilişkilidir. Kadınlar, ergenlikten yetişkinliğe geçiş dönemi boyunca sayısız stresörle karşılaşırlar ve erkeklerden daha yüksek düzeyde algılanan stres ve olumsuz duyguları desteklerler (69). Bunun dışında şiddetli bir ruhsal bozukluğu olan bireyler, beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için farklı yeme tutumları ve davranışları sergilerler. Bu bireylerde yeme davranışı birçok faktörden etkilenir. Yeme davranışındaki bozulmalar, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde obeziteye ve kardiyovasküler hastalıklara yol açabilir. Özellikle antipsikotik ilaçlar ve ayrıca hastalık yükü stres düzeylerini yükseltebilir; bu da duygusal uyarımın yoğunluğunu arttırır ve daha sonra artan gıda alımıyla sonuçlanır. Bu durumun, BKİ'nin artışı nedeniyle olumsuz vücut imajından kaynaklandığı ve bunun da olumsuz duyguları şiddetlendirdiği düşünülmektedir. Ancak literatürde şiddetli ruhsal bozukluğu olan bireylerde duygusal yeme davranışı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (70).

2.4.2. Duygusal Yeme Teorileri

Yeme tarzları, besin tercihlerini ve besin alım miktarını etkileyen fizyolojik, psikolojik, sosyal ve genetik faktörler arasındaki karmaşık bir etkileşime işaret eder. Ayrıca obezite ve yeme bozuklukları ile güçlü ilişkiler gösterir (71). Duygusal yeme davranışı olan bireyler, açlıktan başka güdüler için yemek yerler. Bu bireyler, özellikle duygusal durumlar karşısında, homeostatik enerji dengesi olumlu yönde değişirken genellikle yemeye devam ederler. Bu tür yeme davranışının obeziteye neden olabileceği belirtilmektedir. Neden özellikle obez bireylerin normal ağırlıklı olanlardan daha fazla duygusal yeme davranışına sahip olduklarına dair mekanizma üzerine birkaç farklı teori vardır (72). Yiyecek alımının davranışsal ve psikolojik düzeylerinde, aşırı yemenin etiyolojisi hakkında üç ana psikolojik teori vardır:

psikosomatik teori, dışsallık teorisi ve kısıtlama teorisi. Bu teorilerin her biri, bir tür yeme davranışına odaklanır (73).

Psikosomatik Teori

Psikolojik yeme tarzı, modern toplumların mevcut obezojenik ortamında kilo almaya yatkınlıktaki bireysel farklılıkları açıklamak için önerilen faktörlerden biridir (74). Duygusal yeme, sıkıntıya verilen atipik tepkidir (73). Duygusal uyarılma veya strese verilen normal yanıt, iştahsızlıktır. Duygusal uyarılma mide hareketliliğini engeller ve şekerin karaciğerden kan dolaşımına salınmasına yol açar. Bu fizyolojik durumlar tokluğun başlıca çevresel fizyolojik bağıntılarına benzer olduğundan, duygusal uyarılma ve stres genellikle yetersiz yeme ve ardından kilo kaybına yol açar (75). Yetersiz yeme ve kilo kaybı, sıkıntıya verilen tipik ve evrimsel adaptif tepkiler olduğundan, duygusal yemenin doğal olmayan tepkisinin, belki de genetik savunmasızlık ile etkileşim halinde, yaşamın erken dönemindeki olumsuz (ebeveynlik) deneyimlerin bir sonucu olarak elde edildiği öne sürülmüştür (73).

Duygusal yeme kavramı psikosomatik teoriden türetilmiştir (76). Psikosomatik teori, zayıf iç algısal farkındalığın (örneğin, aç veya doygun olduğunu fark edememe) kişinin uyarıldığında yemek yemesine yol açabileceğini öne sürer (77). Diğer bir deyişle psikosomatik teoriye göre, strese verilen tipik tepki iştahsızlık olmasına rağmen, bazı insanlar (duygusal yiyiciler olarak adlandırılır), açlık ile duygusal uyarılmanın fizyolojik ilişkilerini ayırt etmekte zayıftır ve bunun sonucunda strese aşırı yeme ile yanıt verir (78). Bu sözde duygusal yeme, psikosomatik teoriye göre, içsel farkındalıktan yoksun bireylerde bulunduğundan, aç veya tok olduklarını veya başka bir rahatsızlıktan muzdarip olup olmadıklarını çok iyi anlayamazlar ve herhangi bir uyarılma durumuna tepki olarak aşırı yemek yiyebilirler. Bu duygusal yeme sık sık meydana gelirse, sonuçta kilo almaya ve obeziteye yol açabilir (75). Bu durum obeziteye neden olabildiği gibi tam ters şekilde, obez bireylerin de iç fizyolojik sinyallerini daha az ayırt edebildikleri ve stresi açlıkla karıştırdıkları için daha fazla yedikleri öne sürülmektedir (79). Sims ve diğerleri (2008) gibi araştırmacılar, psikosomatik duygusal yeme teorisini test eden çalışmalar yürütmüş ve algılanan stresin duygusal yeme ve gelişigüzel yemek planlama gibi sağlıksız yeme davranışlarıyla ilişkili olduğunu bulmuştur (76). Bunu yanı sıra Bruch (1964),

ebeveynlerin çocuklarının ihtiyaçlarına cevap verme şeklinin, özellikle ebeveynler duyarsız veya tepkisiz ise, içsel sinyaller hakkındaki farkındalıklarının gelişimini etkileyebileceğini belirtmiştir (79).

Dışsallık Teorisi

Dışarıdan yemek yeme, içsel açlık veya tokluk durumuna bakılmaksızın, yemeğin görme, koku ve tadı gibi yiyecekle ilgili uyaranlara yanıt olarak daha fazla yemeyi vurgulayan Schachter'ın dışsallık teorisine (1971) dayanmaktadır (80). Bireyler, yiyeceklerin görülmesi ve kokusu gibi dış gıda ipuçlarına karşı ne kadar duyarlı oldukları konusunda farklılık gösterirler. Dışsallık teorisine göre, bu ipuçlarına artan yanıt verme durumu, bazı bireylerin dahili olarak oluşturulan "iç algısal" iştah sinyallerine karşı zayıf hassasiyete sahip olmasının bir sonucu olabilir (81). Psikosomatik teoriye benzeyen dışsallık teorisi, aşırı kilolu bireylerin yeme davranışının mide hareketliliği gibi bazı iç fizyolojik sinyallere nadiren yanıt verdiğini varsayar. Bu teori, psikosomatik teoride iç duygusal faktörlere yapılan vurgunun aksine, dışsallık teorisi yeme davranışının belirleyicisi olarak dış gıda çevresine odaklanır (75,80). Bu teorik modeller arasındaki bir ortak nokta, sorunlu yeme davranışlarının iç ve dış ipuçlarına uyumsuz tepkilerle ve yeme davranışlarının düzensizliğiyle ilişkili olduğunu öne sürmeleridir (82).

Dışsallık teorisine göre, midede korku veya sinirlilikten kaynaklanan kasılmalar veya stres durumunda normal kilolu bireylerde besin alımının azalmasına neden olur. Ancak obez bireyler bu durumlarda ters tepkiyi geliştirirler (72). Bu teori, obez bireylerin zayıf muadillerine göre dış işaretlere daha duyarlı ve iç açlık ve tokluk sinyallerine daha az duyarlı olduklarını belirtir. Schachter'in teorisine göre, dış gıda işaretlerine karşı yüksek seviyelerde reaktivite ve açlık ve tokluk sinyallerine azalan yanıt, gıda ile ilgili uyaranların (renk, koku, doku, porsiyon boyutu, etiketleme ve yiyecek çeşitliliği, dikkat, dikkat dağıtma, sosyalleşme vb.) bolluğu göz önüne alındığında, savunmasız bireylerde mevcut ortamda önemli ölçüde aşırı yemeye yol açabilir (80,83,84). Bu teoride atıfta bulunulan yeme ipuçlarına artan reaktivite, literatürde tipik olarak "gıda işaret reaktivitesi" olarak adlandırılmıştır. Yiyecek ipucu reaktivitesi, öğrenme ve koşullandırma süreçleriyle ortaya çıkar ve sürdürülür, aşırı yemeye katkıda bulunan mekanizmalardan biri olarak kabul edilir. Yiyecek işaret

reaktivitesi başlangıçta, zararsız bir işaretin (yani, televizyonun önünde bir yatar koltuk; koşulsuz uyaran) bir yiyecekle eşleştirildiği ve koşulsuz uyaranın ortaya çıkarıcı işlevler (örneğin, yatar koltukta otururken açlık hissi duyma) elde etmesine neden olan Pavlovyan öğrenme yoluyla geliştirilir. Yiyecek ipucu reaktivitesi aynı zamanda işlemsel öğrenme ile de gelişir ve sürdürülür, bu sayede birey yeme veya yemek arama tepkilerini yemenin pekiştirici etkileriyle ilişkilendirmeyi öğrenir. Zamanla, yemek ipuçlarının yemek yeme ile eşleştirilmesi, önceden zararsız olan bu ipuçlarını güçlendirir, böylece yemeğin kendisi fizyolojik reaksiyonları ve gıda tüketimi için artan motivasyonu ortaya çıkarır (84).

Duygusal yeme ile bir başka tezat, dışarıdan yemenin, Neel (1962) tutumlu genotip kavramıyla ilişkili olan evrimsel bir adaptif yanıt olarak kabul edilmesidir. Bu kavram, evrimin, insanların gıda fazlası zamanlarında (çevrede dış besin işaretleri mevcut olduğunda) aşırı yemek yemelerine ve vücutlarında hızla yağ geliştirmelerine izin veren adaptasyonlar da dahil olmak üzere, gıda kıtlığı dönemlerinde hayatta kalmalarına izin veren genetik adaptasyonları desteklediğini öne sürüyor. Bu nedenle dışarıdan yeme genel bir özellik olabilir ve fazla kilolu insanlara özgü olmayabilir. Dışarıdan yeme genellikle duygusal yeme ile birlikte meydana gelse de, bağımsız bir yapıya işaret eder (73).

Kısıtlama Teorisi

Hem psikosomatik hem de dışsallık teorilerinin aksine, kısıtlama teorisi aşırı yemeyi diyete bağlar (73). Bu paradoksal kavram, her bireyin homeostatik olarak düzenlenen kendi vücut ağırlığı aralığına sahip olduğu iddiasına dayanmaktadır (75). Daha geniş tanımıyla bu teori, uzun süreli diyet kısıtlamasının, iştahın nihai karşı düzenlenmesini güçlendiren ve aşırı yemeye yol açan fizyolojik ve psikolojik bir yoksunluk yarattığını varsayar. Psikolojik yoksunluğa bakıldığında, duygulanım düzenleme teorisi, bireylerin olumsuz duygusal durumları hafifletmek için aşırıya kaçma ve arınma eylemlerine giriştiklerini belirtir, tıkınmanın duyguyu düzenlemede araçsal bir rol oynadığını öne sürer ve aşırı dönemlerin yoğun olumsuz duygulanım dönemlerini takip etmesi gerektiğini öngörür. Bu teoriye göre, bilişsel engellemenin geçici kaybı, kanamalar gibi önceden bastırılmış davranışların serbest bırakılmasına neden olur (85).

Fizyolojik yoksunluğa bakıldığında, yiyecek alımının bilinçli olarak kısıtlanması birtakım fizyolojik savunmaları başlatır (73). Yetersiz yemek yerken, vücut kendi kendine empoze edilen gıda kısıtlamasını gerçek gıda kıtlığından ayıramaz ve açlık modundaymış gibi davranır: metabolizma hızı yavaşlar (anabolizma) ve açlık ve iştah artar. Sonuç olarak, diyet yapan bireyler yoğun yoksunluk duyguları geliştirirler ve bu da onları diyetlerini bırakmaya çok açık hale getirir (64). Diğer bir deyişle ölçülü yeme, daha düşük bir vücut ağırlığını korumak için diyet tüketimini engellemeyi içerir ve aşırı yeme ile ilişkilendirilmiştir. Kısıtlama teorisine göre, gıdanın kilo kaybına ulaşmak için sürekli olarak kısıtlanması, eninde sonunda disinhibe yemeye ve ardından kilo alımına neden olacaktır (86). Vücut tatminsizliği, kısıtlı yeme ile sonuçlanır ve bu da, kısıtlayıcı yeme teorisine göre aşırı yeme riski oluşturur. Vücut tatminsizliği, duygu düzenleme stratejisi olarak kompulsif aşırı yemeye yol açabilecek olumsuz duygular da üretir (87). Ek olarak, sürekli açlık reddi, açlık ve tokluk duygularıyla temas kaybına neden olabilir (75).

Çocuklar ve ergenler arasında, kendi kendine bildirilen diyetin hem yeme bozuklukları semptomları hem de kilo alımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (88). Yani, hem uyarılma hem de dış uyaranlar kalıcı açlıkla karşı karşıya kalan diyet yapanlar tarafından normalde uygulanan bilişsel kısıtlamayı bozduğundan, yoğun diyet sonuçta aşırı yeme kalıplarına (yani duygusal veya dışsal yeme) neden olabilir (73). Sonuç olarak, kısıtlama teorisi, kronik diyet kısıtlamasının sonunda bozulduğunu ve yetersiz yeme, aşırı yemek yeme ve kilo alımıyla sonuçlandığını öngörür (89). Sınırlı sayıda çalışma, diyetin özellikle gençlerde aşırı yemek yeme üzerindeki doğrudan etkilerini incelemiştir (88). Kısıtlayıcı diyetler ile aşırı yeme ataklarının özellikleri arasındaki süreyi daha iyi anlamak için araştırmaya ihtiyaç olduğu öne sürülmüştür (89).

2.4.3. Duygusal Yeme Mekanizmaları

Duygudurum düzenlemesine katkıda bulunabilecek iki hipotez vardır: besin maddesine bağlı etkiler (fizyolojik) ve hedonik etkiler (psikolojik). Fizyolojik teoride, ruh halini düzenleyen etkiler, gıdanın belirli kalitesine ve bu niteliklere bağlı olarak ortaya çıkabilecek olası biyokimyasal etkilere bağlıdır. Psikolojik teoride ise ruh hali, genellikle şeker ve yağ oranı yüksek, lezzetli yiyeceklerin tadını çıkarmak için şartlandırılan beyin tarafından aktive edilen zevk-ödül yolu nedeniyle düzenlenir (90).

Fizyolojik Mekanizma

Besinler; enerji metabolizmasını, nörotransmiter sistemleri ve hormon seviyelerini etkiler ve bu değişikliklerin her biri duygusal duruma etki edip değiştirebilir. Nörolojik sistemlerde oluşan değişiklikler bu sebeple gıda alımının doğal bir sonucudur (91). Burada işlediği düşünülen mekanizma, karbonhidratlardaki artışın sıçanlarda serotonin (veya 5-hidroksitriptamin; 5-HT) seviyelerinin yükselmesine neden olduğu hayvan çalışmalarına dayanmaktadır (92). Bir nörotransmiter olan serotoninin sentezi, prekürsör esansiyel amino asit olan triptofanın (TRP) diyetle elde edilebilirliğine bağlıdır (25). Karbonhidrat bakımından çok zengin ancak protein bakımından çok zayıf olan (örneğin patates, pirinç ve birçok tatlı yiyecek) öğünlerin alımı kandaki triptofan seviyelerini (diğer büyük nötr amino asitlere göre) yükseltir ve bu da serotonerjik beyin sistemlerinin aktivitesinde artışa yol açar (91). Bu, duygusal yiyenlerin ruh halini iyileştirmek için karbonhidrat alma tercihini destekleyecektir (92). Bu kanıt, özellikle diyetin ruh hali ve uyarılma üzerindeki etkileriyle ilgilidir. Çünkü 5-HT, yalnızca açlık, ağrı ve uyku üzerinde etkili olduğu kadar depresyon ve anksiyete gibi duygusal bozukluklarda da rol oynuyor (25,91). Fluoksetin gibi bazı antidepresanlar, beyindeki serotoninin mevcudiyetini arttırıp etki ederek ruh halinin iyileşmesine yol açar. Bu nedenle, karbonhidrat açısından zengin öğünle beslenme durumu da, benzer şekilde depresif duygudurumda bir azalmaya neden olabilir (91). Bu durumla ilgili araştırmalara bakıldığında, insanların karbonhidrat açısından zengin, ancak protein içermeyen (alışılmadık bir durum) atıştırmalıklardan veya yemeklerden sonra, az karbonhidrat içeren ve protein açısından zengin öğünlere göre daha sakin ve uykulu hissettiğine dair deneysel kanıtlar vardır. Bu, 5-HT fonksiyonundaki değişikliklerle uyumlu, fakat tipik olarak bu çalışmalar, bunun karbonhidrat bakımından zengin yemekten sonra 5-HT'deki bir artıştan mı yoksa protein alımından sonra yemek sonrası uyku halini önleyebilecek bir azalmadan mı kaynaklandığını belirlememiştir (25). Ayrıca, bu durumun etkilerinin var olabilmesi için önceki öğünün proteininin tamamı bağırsakları terk ettikten sonra, karbonhidrattan zengin yiyecek tek başına alınmalıdır. Bu nedenle, bir gazoz, bu mekanizma yoluyla birkaç saatlik açlıktan sonra ruh halini gerçekten etkileyebilirken, bu teori genel olarak duygusal yemeyi yeterince açıklayamamaktadır (90). Özetlemek gerekirse, serotonin hipotezi, duygusal yemede en azından küçük bir rol oynuyor gibi

görünüyor. Bununla birlikte, besinlerin ruh hali ve duygularla ilgili nörokimyasal sistemler üzerinde etkili olabileceği başka yollar da vardır (91).

Tersi bir yaklaşımla, karbonhidratların hipoglisemiyi azaltarak ruh halini iyileştirebileceğine dair öneriler var. Açlık durumundaki bireyler arasında yapılan araştırmalar, sinirlilik, anksiyete ve duygudurum dalgalanmalarında da büyük artışlar olduğunu gösterdi. Bolton tarafından bu araştırma alanının kapsamlı bir incelemesi, Quolla Kızılderilileri, şiddet suçluları ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda, bir glikoz tolerans testi sırasında hipoglisemik duruma daha kolay giren veya genel olarak zayıf glikoz kontrolu olan kişiler için daha yüksek saldırganlık oranları göstermiştir. Toplu olarak ele alındığında, bu çalışmalar hipogliseminin gerçekten ruh halini etkileyebileceğini ve glikoz alımının en hızlı şekilde kan şekerini normale döndürerek ruh halini yükselttiğini göstermektedir. Gerçek reaktif hipogliseminin vücut kan şekeri seviyelerini çok dikkatli bir şekilde kontrol ettiği için oldukça nadir olduğu belirtilirken, Donahoe ve Benton çok düşük kan şekeri seviyelerinin daha büyük saldırganlıkla ilişkili olmadığını göstermiştir. Belki de en umut verici olan, glikozlu içecek verildiğinde imkansız bir bilgisayar oyunu oynarken azalan sinirlilik ve hayal kırıklığı gösteren çocuklar ve ergenler arasında yapılan araştırmalardır ki; bu değişiklikler hızla gözlemlenmiştir. Daha fazla kanıt olmadan, insülin salınımı ile duygusal yeme eğilimi arasındaki ilişkinin daha fazla araştırılması dışında herhangi bir sonuca varmak zordur (90).

Birlikte ele alındığında, bu sonuçlar, duygusal yemeye çeşitli fizyolojik mekanizmaların aracılık ettiğinin açık bir göstergesidir. Bununla birlikte, bu açıklamayla ilgili büyük bir sorun vardır; besine bağlı duygusal değişiklikler zaman gerektirir. Yiyecekler sindirildikten, bileşenleri kan dolaşımına emildikten ve beyne taşındıktan sonra ortaya çıkabilirler. Duygusal bir yiyici için, ruh halindeki iyileşmenin yiyecek tüketimini hemen takip etmesi daha etkili olacaktır. Gecikmiş etkiler kronik stresle baş etmede faydalı olabilir, ancak günlük hayatta sıklıkla meydana gelen öngörülemeyen uyaranlardan kaynaklanan olumsuz duygulara yanıt vermede faydalı olmayabilir. Duygusal bir yiyiciyi tatmin edecek gıda alımının daha acil etkilerini açıklamak için diğer mekanizmalara bakılması gerekir (91).

Psikolojik Mekanizma

Duygusal durumlarda biyolojik ve işlevsel olarak mantıksız yeme eğilimini açıklamak için, bu fenomenin arkasındaki psikolojik mekanizmaya ilişkin birkaç spekülasyon öne sürülmüştür (93). Yapılan bir çalışmada, ilginç bir şekilde, tatlı çözümlerin insan bebeklerinde stres tepkilerini hızla yatıştırdığı bulunmuştur. Bir aşılamadan sonra bebeklere bir sükroz solüsyonu veya bir emzik verildi. Sakarozun verdiği sakinleştirmenin büyüklüğü dikkat çekiciydi. Stres tepkilerini emzikten çok daha etkili bir şekilde azalttı (91). Macht ve Mueller'ın, insanların çok sevdikleri bir yiyecek olarak bilinen çikolatayla yaptıkları çalışma, deneklere kendi seçtikleri lezzetli bir çikolata verildiğinde ruh halinde anında bir tepki olduğunu gösterdi. Cevabın lezzete ve yakınlığa olan bu bağımlılığı, bağımlılığın çikolatanın belirli bileşenlerinden değil, daha çok koşullu bir tepkiden kaynaklandığını gösterir. Dahası, bu sonuçlar duygusal yeme ile ilişkiliydi: daha yüksek duygusal yeme puanına sahip katılımcılar, daha fazla duygudurum değişikliği etkileri gösterdi (90). Benzer bir düzeneğin kullanıldığı bir başka deneyde, katılımcılar ya oldukça lezzetli bir parça ya da daha az lezzetli bir çikolata parçası aldılar (bir ön testte belirlendi). Çikolatanın, ancak tadı güzelse ruh halini iyileştirdiğini gördük. Bu nedenle, lezzet de, gıda kaynaklı ruh halinin iyileştirilmesi için çok önemli bir faktör olabilir. Aslında çalışmalar, duygusal yiyicilerin, çikolata yedikten sonra duygusal olmayan yiyenlere göre daha belirgin bir ruh hali değişiklikleri olduğunu gösterdi. Bu sonuçlar, duygusal yemede hazcı bir mekanizma varsayımını desteklemektedir (91). Başka bir teoriye göre tıkınma, olumsuz benlik farkındalıktan kaçma girişiminin bir parçası olarak ortaya çıkmaktadır. Dikkat, anlık uyaran ortamına odaklanır ve daha anlamlı biliş düzeylerinden uzaklaşarak bireyin ego tehdit edici bilgilerle uğraşmaktan kaçınmasına izin verir. Bununla birlikte, dikkatin bu kadar daralması, aynı zamanda disinhibisyona da yol açarak, bireylerin tıkınma dönemlerine girme ihtimalinin olduğu bir durum yaratır. Diğer bir model olan maskeleme teorisi, aşırı yemenin algılanan stresi yeme ile yanlış ilişkilendirme ve böylece asıl sıkıntı kaynağından uzaklaştırma çabası olduğunu öne sürmektedir. Bütün bu teorilerin önemli bir çıkarımı vardır; problemin, zorunlu olarak olumsuz duyguların deneyimiyle değil, olumsuz duygulanımı düzenlemek için mevcut uyarlanabilir duygu düzenleme stratejilerinin eksikliğiyle ilişkili olduğunu öne sürer (93).

Duygusal yemenin nedenleri belirsizliğini korurken, altta yatan mekanizmalarla ilgili biraz daha fazla bilgiye sahibiz. Yukarıda, duygusal yemenin iki tür mekanizma tarafından yönetilebileceği öne sürülüyor. Fizyolojik mekanizmaya göre besinler çok önemli bir rol oynayabilir: Enerji yoğun besinler metabolizmada, beyin nörotransmiterlerinde ve nöroendokrin sistemlerde değişikliklere yol açar ve bunlar da duygulanım üzerinde etkiler yaratır. Psikolojik mekanizmaya bakıldığında lezzet, anahtar faktördür: Keyifli yiyecekler, duygusal durumu iyileştiren hoş hisler ortaya çıkarır. Prensip olarak, her iki tür mekanizma da duygusal yeme ile ilgili olabilir. Bir başka deyişle, yutma sırasında, yiyecekler duygusal durumu iyileştiren güçlü hedonik tepkileri ortaya çıkarabilir. Yutulduktan sonra besinler, ruh hali ve stresle bağlantılı nörokimyasal ve endokrin sistemleri değiştirebilir. Yani hem psikolojik (hedonik) hem de fizyolojik (nörokimyasal) mekanizmalar aynı anda rol oynayabilir. Bununla birlikte, çoğu duygusal yeme vakasında hedonik tepkiler meydana gelebilse de, nörokimyasal ve nöroendokrin etkilerin devreye girmesi için, duygusal olarak tetiklenen öğünlerin tekrar tekrar tüketilmesinin yanı sıra belirli bir miktar yiyecek gerekir. Duygusal yemeğin patolojik formlarında, fizyolojik yollar hedonik etkileri geçersiz kılabilir (91).

2.4.4. Sonuç

Duygusal yeme davranışı stresle ilişkilidir ve obezitenin gelişiminde rol oynayan potansiyel bir faktör olarak hareket eder. Duygusal yeme için yüksek riskli gruplar çoğunlukla çocuklar, ergenler, kadınlar ve obez bireylerdir. Ayrıca ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde obezite prevalansı yüksektir ve bu bireyler duygusal yeme davranışı için yüksek riskli bir grup oluşturmaktadır (70).

Genel olarak, eski bir kavram olmasına rağmen, duygusal yeme iyi anlaşılmamıştır. Klinisyenlerin ve yakın zamanda daha geniş araştırma topluluğunun dikkatini çekmiştir, ancak henüz kapsamlı bir şekilde çalışılmamıştır ve birçok yönü belirsizliğini korumaktadır. Genellikle uyumsuz olan bu duygu düzenleme stratejisinin daha iyi anlaşılması için, daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (91).

2.5. Depresyon

Depresyon, hem zihinsel hem de fiziksel sağlığı etkileyebilen bir akıl sağlığı bozukluğudur (94). Depresif bozukluklar arasında majör depresyon, minor depresyon ve distimi bulunur (95). Majör Depresif Bozukluk (MDB), psikopatolojinin en yaygın ve güçten düşürücü formlarından biridir (96).

Depresyon, olumlu bir etkinin yokluğu (sıradan şeyler ve deneyimlerdeki ilgi ve zevk kaybı), düşük ruh hali ve bir dizi ilişkili duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal semptomlarla karakterize edilen çok çeşitli zihinsel sağlık sorunları anlamına gelir (97). Depresyon, önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ve anjin veya artrit gibi diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında sağlıkta en büyük düşüşe neden olur (98). MDB, depresif duygudurumun çok yüksek prevalansı ve subsendromal depresif epizotların yüksek prevalansı bağlamında ortaya çıkar. MDB tipik olarak ilk yaşam boyu başlangıcının genellikle en az bir başka yaşam boyu komorbid bozukluğun başlangıcından sonra meydana gelmesi anlamında, genellikle geçici olarak birincil olan diğer zihinsel bozukluklarla birlikte görülür (99). Daha da önemlisi, MDB oldukça tekrarlayan bir hastalıktır ve her depresif dönem, bireylerin sonraki bir MDB atağı geliştirme olasılığını artırır (96). Ayrıca olağan yaşam aktivitelerine ilgi eksikliği, uykusuzluk, hayattan zevk alamama gibi bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan ana belirtilerin yanı sıra, en şiddetli haliyle intihara ve kardiyovasküler ve diğer hastalıkların da neden olduğu ölümler de dahil olmak üzere mortalite riskinin artmasında büyük bir etkiye sahiptir (94,100). Bunun yanında depresyon, işyerinde ve başka yerlerde performansın düşmesine yol açan bilişsel ve sosyal işlevselliği bozar. Bu işlev bozukluğunun birey, ailesi, işvereni ve genel olarak toplum üzerinde önemli ekonomik etkisi vardır (101). Yüksek yaygınlığı ve buna bağlı sağlık ve genel işlev kaybı, MDB'yi önemli bir klinik, sosyal, ekonomik ve halk sağlığı sorunu haline getirmektedir (102).

2.5.1. Prevelans

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020 yılına kadar depresyonun küresel hastalık yüklerinde ikinci sırada yer alacağını ve DSÖ'nün Ruh Sağlığı Açığı Eylem Programı kapsamındaki öncelikli koşullardan biri olacağını tahmin etti (100). Yaygınlığı kültürel farklılıklara, cinsiyete ve yaşa bağlı olsa da, 2015 yılında dünya nüfusunun

%4.7'sine denk gelen 320 milyondan fazla insanın küresel olarak depresyondan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ, 2017) (102). Ayrıca, dünya genelinde 2005-2015 yılları arasında depresyon prevelansındaki artışın oranı %18.4'dür (103). Bu rakamlar özellikle düşük gelirli ülkelerde artış gösteriyor ve semptomatik vakaların en az üçte biri orta ila şiddetli hastalık seyrini takip ediyor (102). Bu durumun en endişe verici yönlerden biri, şiddetli depresyonu olan ergenlerin intihar etme olasılığının 30 kat daha fazla olmasıdır (94).

Epidemiyolojik araştırmalar, MDB'nin yaşam boyu yaygınlığının %16.6 olduğunu ve tahminlerin kadınlarda %21.3'e kadar çıktığını göstermektedir (96). Bromet ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 18 ülkeden katılımcılar (89.037 kişi) incelenmiş ve majör depresyonun ortalama yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlık tahminlerinin sırasıyla yüksek gelirli ülkelerde %14.6 ve %5.5 ve düşük ila orta gelirli ülkelerde %11.1 ve %5.9 olduğu sonucuna varmıştır (100). Bununla birlikte, uzun vadeli boylamsal çalışmalar, yaşam boyu MDB'si olan bazı kişilerin, enine kesit araştırmalarda depresyon geçmişlerini bildirmede başarısız olduklarını da göstermektedir. Ayrıca Dünya Ruh Sağlığı (World Mental Health) anketlerindeki 12 aylık yaygınlığın yaşam boyu yaygınlık tahminlerine oranı, yüksek gelirli ülkelerde (%37.7) düşük ila orta gelirli ülkelerdeki anketlere göre (%53.3) ortalama olarak önemli ölçüde daha düşüktü (104). Ayrıca kronik tıbbi hastalığı olan hastalarda yıllık yaygınlık oranı %25'e kadar çıkmaktadır (105).

Bunun dışında depresyon, yaşlılıkta engelliliğin yaygın bir nedenidir ve yaşam doyumunun azalmasıdır. Yaşlı yetişkinlerin sayısındaki dünya çapındaki artışla birlikte, yaşlılıkta depresyonun daha iyi anlaşılması, klinik ve halk sağlığı açısından oldukça değerlidir. Yaşlı yetişkinlerde depresyon prevalansını inceleyen birkaç çalışma var, fakat yapılan çalışmalardan elde edilen yaygınlık tahminleri tutarsızdır ve toplumda veya huzurevlerinde yaşayan yaşlı yetişkinlerde majör depresyon için %1-16, minör depresyon için %2-19 ve depresif belirtiler için %7.2-49 arasında değişmektedir. Depresyon yaygınlığındaki farklılıkların metodolojik tutarsızlıklardan kaynaklanması muhtemeldir (106).

2.5.2. Tanı

Araştırma ve klinik amaçlar için, MDB en yaygın olarak DSM kriterlerine göre teşhis edilir. En son baskı olan DSM-5'teki en önemli farklılıklar, depresyonun bir özelliği olarak umutsuzluğa yapılan yeni vurgu ve "yas dışlama"nın ortadan kaldırılmasını içerir (105). Aşağıda, MDB için DSM-5 kriterleri özetlenmektedir (49)

Majör Depresyon İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. "Aşağıdaki semptomlardan beşi (veya daha fazlası) aynı iki haftalık süre içinde ortaya çıkar ve önceki işleyişten bir değişikliği temsil eder; semptomlardan en az biri (1) depresif ruh hali veya (2) anhedoni
B. Semptomlar, klinik olarak önemli sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında bozulmaya neden olur.
C. Bölüm, bir maddenin veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine atfedilemez
    1. Günün büyük bölümünde depresif ruh hali (örneğin, üzgün, boş, umutsuz hissetme)
    2. Neredeyse her gün hemen hemen tüm faaliyetlere ilgi veya zevkte belirgin bir azalma
    3. Önemli iştah değişiklikleri veya önemli kilo kaybı veya artışı
    4. Neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uykusuzluk
    5. Psikomotor ajitasyon veya gerilik
    6. Yorgunluk veya enerji kaybı
    7. Değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları
    8. Düşünme veya konsantre olma becerisinde azalma veya kararsızlık" (APA 2013, 160-161.)

Bunun dışında majör depresyon için biyolojik bir test geliştirme çabaları devam etmektedir, ancak yapılandırılmış klinik görüşmeler, teşhisi için hala iyi doğrulanmış tek yöntemdir. Bununla birlikte, bazı çalışmalarda, semptom anketlerindeki kesme puanları, "klinik olarak anlamlı" depresyonu tanımlamak için kullanılmaktadır. Hepsi olmasa da, klinik olarak anlamlı depresyona sahip olarak sınıflandırılan bireylerin çoğu, majör depresyon için standart kriterleri de karşılar ve bunun tersi de geçerlidir. En yaygın kullanılan depresyon soru formlarından bazıları, umutsuzluk duyguları,

çaresizlik ve sosyal izolasyon gibi DSM kriterlerinden çıkarılmış semptomları içerir. Klinik olarak anlamlı depresyonu belirlemek için anketler kullanıldığında hem DSM hem de DSM dışı semptomlar sayılır (107). Majör depresyonun birçok semptomu, diğer tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar tarafından paylaşılarak teşhisi zorlaştırır. MDB genellikle birinci basamak ortamında çoklu somatik şikayetler olarak ortaya çıkar. Bu durumlardan bir tanesi madde kullanım bozukluğudur. Depresyondan şüphelenilen herkes, esrar, reçeteli ilaç ve özellikle alkol dahil olmak üzere madde bağımlılığı açısından taranmalıdır. Bunun yanı sıra keder, sevilen birinin kaybına yanıt olarak, üzüntü, düşünce ve suçluluk yaşaması doğaldır. Klinisyenler, üzüntü duyguları iyileşmek yerine kötüleştiğinde veya işleyişte önemli bozulma, ölen kişiyle ilgisi olmayan psikotik deneyimler veya belirgin değersizlik ve anhedoni duyguları olduğunda patolojik majör depresyondan şüphelenmelidir. Bunun dışında genel tıbbi koşullar da depresyonla karıştırılabilir. Birçok tıbbi durum, yorgunluk, yeme ve uyku düzeninde değişiklikler ve hatta hiper/hipoaktivite gibi durumlar depresif belirtilere neden olur, ancak bu tıbbi hastalıkların, majör depresyona özgü bilişsel bozulmalara (düşük ruh hali, anhedoni, suçluluk duyguları) neden olma olasılığı yoktur. Bu nedenle, bu tıbbi durumlar depresyon semptomlarını taklit edebilir, ancak dikkatli öykü alma ve tarama araçlarının yanı sıra uygun tıbbi incelemelerle, bu koşullar MDB'den bağımsız olarak ayırt edilmelidir (105).

2.5.3. Depresyonun Risk Faktörleri ve Seyri

Depresif bir hastalığın ilk ortaya çıkışı ve şekli önemli ölçüde değiştiği gibi, prodromal dönem de değişir. Bazı kişiler tam hastalıktan önceki aylarda anksiyete, fobiler, daha hafif depresif semptomlar ve panik ataklar dahil bir dizi semptom yaşar; diğerleri, büyük bir stresli yaşam olayını nadiren takip etmeyen, oldukça hızlı bir şekilde ciddi bir majör depresif hastalık geliştirebilirler (97). Depresyon, daha önce de belirtildiği gibi yaygın ve karmaşık bir hastalıktır. Risk faktörleri çok faktörlüdür ve genetik, tıbbi, sosyal ve çevresel faktörleri içerir (105). Araştırmalar sonucunda; aile öyküsü, cinsiyet (kadın), yaş (daha genç), ırk (beyaz), doğum (yani doğum sonrası depresyon), çocukluk travması/sıkıntı, önceki depresif dönem, stresli yaşam olayları, zayıf sosyal destek, ciddi tıbbi hastalık, bilişsel bozukluk/demans ve madde kullanımı (yasa dışı, reçete) gibi birçok risk faktörünün depresyona neden olduğu belirlenmiştir (108).

Ailede depresif hastalık öyküsü, her iki cinste depresyon varyansının yaklaşık %39'unu ve kötü ebeveyn-çocuk ilişkisi, evlilik uyumsuzluğu ve boşanma, ihmal ve fiziksel ve cinsel istismar, büyük olasılıkla kişinin sonraki yaşamında depresyona karşı savunmasızlığını artırır. 'Nevrotiklik' gibi kişilik özelliklerine sahip bireyler de stresli yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında depresyon riskleri artar. Ayrıca belirli genlerde belirli bir varyasyona sahip olmanın, bireyleri yaşam olaylarıyla karşı karşıya kaldıklarında depresyon riskini arttırdığı da bildirilmiştir (97). Genetik faktörlerin etiyolojisindeki rolüne dair kanıtlar yalnızca ikiz çalışmalarından gelmektedir. Bunlardan ilki 20. yüzyılın başlarına kadar uzansa da, Sullivan ve diğerlerinin 2000 yılında tamamladığı incelemede, yalnızca altı yüksek kaliteli çalışma tanımlanmıştır. Meta-analiz, MDB için kalıtsallığı %37 olarak tahmin etmiştir (%95 CI, %31-42). MDB'nin epidemiyolojik çalışmaları, kadınlar için sürekli olarak daha yüksek bir yaygınlık oranı göstermiştir. Bu nedenle, MDB'nin kalıtsallığının cinsiyetler arasında farklılık gösterip göstermediğini ve aynı genetik faktörlerin erkek ve kadında MDB riskini etkileyip etkilemediğiyle ilgili yapılan iki büyük çalışmada MDB'nin kadınlarda erkeklere göre kayda değer ölçüde daha kalıtsal olduğunu belirtti (sırasıyla %40'a karşı %30 ve %42'ye karşı %29) ve cinsiyete özgü genetik etkiler için net kanıtlar bulundu (109). Neredeyse tüm toplum epidemiyolojik çalışmaları, cinsiyet, yaş ve medeni durumun depresyon ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Kadınlar tipik olarak erkeklere kıyasla iki kat artmış majör depresyon riskine sahiptir, ayrılmış veya boşanmış bireyler şu anda evli olanlara göre önemli ölçüde daha yüksek majör depresyon oranlarına sahiptir ve majör depresyon yaygınlığı genellikle yaşla birlikte azalır. Ancak bu kanıt, esas olarak Batı ülkelerinde yapılan çalışmalardan gelmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerden elde edilen seyrek veriler, yaş örüntüsünün diğer ülkelere kıyasla monoton olmadığını veya tersine döndüğünü ve depresyonun yaşla birlikte arttığını göstermektedir (104).

Pek çok ruhsal bozukluğun çocuklukta veya ergenlikte başlangıç yaşı vardır ve genel popülasyonda herhangi bir ruhsal bozukluğun ortalama başlangıç yaşı çoğu ülkede ergenlik çağındadır. MDB genellikle bu ortalamadan daha geç bir başlangıç yaşına sahiptir (104). Gençlerin daha fazla davranışsal belirti göstermesi ve yaşlı yetişkinlerin daha fazla somatik belirtiler ve daha az duygudurum şikayeti göstermesi ile depresyonun ortaya çıkması yaşa göre değişebilse de, ilk majör depresyon epizodunun ortalama yaşı 20'li yaşların ortalarında ortaya çıkar (97). MDB için

başlangıç yaşı dağılımı tipik olarak diğer birçok zihinsel bozukluktan çok daha geniştir. Örneğin, anksiyete bozukluklarının ve yıkıcı davranış bozukluklarının büyük çoğunluğu çocuk ergenliğinde başlamasına ve madde kullanım bozukluklarının büyük çoğunluğunun ya geç ergenlikte ya da erken yetişkinlikte başlamasına rağmen, yaşam boyu MDB vakalarının anlamlı oranları ergenliğin sonlarında, erken orta yetişkinlikte ve geç yetişkinlikte başlamaktadır (104). Erken başlangıçlı depresyon (20 yaşında veya daha önce) ve yaşlılıkta ortaya çıkan depresyonu olan kişiler, nüksetmeye karşı önemli ölçüde artmış bir kırılganlığa sahiptir. Bu nedenle, ilk epizodun görünümü iyi olsa da, uzun vadede tekrarlayan epizotlara bakış, birçok hasta uzun yıllar boyunca depresyon semptomları yaşarken kırılgan olabilir (97).

Depresyon, ortalama dört ila altı ay süren ve sonrasında tam iyileşme olduğu düşünülse de, artık tam olmayan iyileşme ve nüksün yaygın olduğu açıktır (97). MDB'nin seyri, bazı hastalarda nadiren bir remisyon (iki aydan fazla veya sadece birkaç hafif semptom ile) ve diğerlerinde, uzun yıllar boyunca, farklı depresif epizotlar arasında çok az semptomla veya hiç semptom görülmemesiyle değişkendir. Kronik depresif semptomların alevlenmesi sırasında ortaya çıkan hastaları, yakın zamanda semptom başlangıcı olanlardan ayırt etmek, hastalık gidişatını tahmin etmek açısından önemlidir. Yakın zamanda ortaya çıkan semptomlar, kısa vadede iyileşmenin önemli bir belirleyicisidir. Sadece birkaç aydır depresyonda olan birçok hastanın kendiliğinden iyileşmesi beklenebilir. Semptomların kronikliği, tedaviyi tam remisyonun takip etme olasılığını azaltır. Daha düşük iyileşme oranları ayrıca psikotik özellikler, semptom şiddeti, belirgin anksiyete ve kişilik bozuklukları ile ilişkilidir (105). Dünya çapında 14 merkezde yapılan DSÖ ruhsal bozukluk araştırması, hastaların %50'sinin bir yıl sonra hala depresyon tanısı aldığını ve en az %10'unun kalıcı veya kronik depresyona sahip olduğunu göstermiştir. İnsanların en az %50'si, ilk majör depresyon epizodunu takiben, en az bir epizod daha yaşamaya devam edecek ve ikinci ve üçüncü epizodlardan sonra, daha fazla relaps riski sırasıyla %70 ve %90'a yükselir. Bu durum, hastaları yüksek ruh hali öyküsü hakkında sorgulama ve ortaya çıkan yeni epizodlara karşı tetikte olma ihtiyacını vurgular (97).

Çocuklukta kötü muamele, kişilerarası çatışma ve travma gibi çevresel stres faktörlerinin, majör depresif bozukluk dahil olmak üzere ruhsal bozuklukların gelişmesine ve ilerlemesine katkıda bulunduğu kabul edilmektedir. Nitekim, çevresel

stres ve depresyonun yüksek oranda ilişkili olduğu uzun yıllardır bilinmektedir. Biyolojik düzeyde bu ilişkiye aracılık eden mekanizmalar henüz belirlenmemiş olsa da, epigenetik değişimin, stresin depresif semptomların gelişmesine yol açtığı anahtar bir mekanizma olduğunu gösteren artan kanıtlar vardır. Stresörlerin, DNA yapısında ve ifadesinde kararlı değişiklikler üretmek için genom ile etkileşime girdiği ve bu mekanizmaların depresif bireylerde gözlemlenen patolojik davranışların altında yatabileceği varsayılmıştır (110). Bunun dışında madde bağımlılığı, depresyon hastaları arasında yaygındır, depresif duygu durumu ve ilişkili semptomları artırabilir veya şiddetlendirebilir ve intihar için ek bir risk faktörüdür (105). Depresif atakların başlangıcının etiyolojisini göz önünde bulundurmanın yanı sıra, depresyonu sürdüren faktörleri dikkate almak da aynı derecede önemlidir çünkü bunlar müdahale için potansiyel hedeflerdir. Sonucu tahmin eden faktörler hakkında (erken yaşta başlama, daha fazla şiddet ve kroniklik, devam eden sosyal stresler, diğer psikiyatrik veya fiziksel bozukluklarla eş tanı ve belirli kişilik bozukluğu türleri dahil) birçok çalışma bildirilmiş olsa da, neyin belirlediğine dair bir anlayış eksikliği vardır (97).

2.5.4. Morbidite, Mortalite ve İntihar

MDB, artrit, astım, kanser, kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon, kronik solunum bozuklukları ve çeşitli kronik ağrı durumları dahil olmak üzere çok çeşitli kronik fiziksel bozukluklarla önemli ölçüde ilişkilidir. MDB nedensel bir risk faktörü olduğu ölçüde, tüm ilişkili maliyet, bozulmalar ve artan ölüm riskiyle birlikte bu fiziksel bozuklukların yaygınlığının artmasına yol açar. Bu fiziksel bozuklukların bir nedeni olarak MDB ile ilgili kanıtlar belirgin değildir, ancak MDB'nin bu bozukluklarla ileriye dönük ilişkilerini açıklamak için bir dizi biyolojik olarak makul mekanizma belirlenmiştir. Bunlar, yüksek sigara ve içki içme oranları, obezite, tedavi rejimlerine düşük uyum ve hipotalamik-hipofiz-adrenal hiperaktivite ve bozulmuş bağışıklık fonksiyonu gibi çeşitli biyolojik düzensizlikler gibi MDB ile bağlantılı olduğu bilinen birtakım kötü sağlık davranışlarını içerir. Bunun yanı sıra, depresyon kronik fiziksel bozuklukların bir nedeninden çok bir sonucu olsa bile, eşlik eden depresyon genellikle fiziksel bozukluğun daha kötü seyri ile ilişkilendirilir. Burada bir dizi neden söz konusu olabilir, ancak en tutarlı sebeplerden biri, depresyonun genellikle tedavi rejimlerine uymama ile ilişkili olduğudur. Bu düşüncelerle, MDB'nin önemli ölçüde artmış erken ölüm riski ile ilişkili olması şaşırtıcı olmamalıdır (104).

İntihar durumuna bakıldığında, tamamlanmış intihar ile depresyon arasında güçlü bir ilişki vardır ve intihar değerlendirmesi, depresif hastanın herhangi bir değerlendirmesine esas teşkil eder. MDB hastaları üzerinde yapılan beş yıllık prospektif bir çalışmada, bireylerin yaklaşık %15'i en az bir kez intihara teşebbüs etti. Bu risk, aktif depresyon dönemlerinde, remisyon dönemlerine göre 21 kat artmıştır. İntihar yoluyla yaşam boyu ölüm riski, şizofreni veya alkolizm hastalarının riskiyle karşılaştırıldığında, MDB hastalarında %6 kadar yüksektir. Birinci basamak ortamında, McDowell ve arkadaşlarının intihar risk değerlendirmesine ilişkin incelemesi, düşük, orta ve yüksek riskli sınıflandırmaya dayalı bir modele göre yapılmıştır. Düşük riskli hastalarda önceden intihar girişimi veya intihar düşüncesi yoktu veya bir plan veya niyet olmaksızın intihar düşüncesi vardı; bu hastalar ayakta tedavi gerektirir. Orta riskli hastalar intihar düşüncesini ve bir planı onaylar ancak prova veya niyeti onaylamaz. Bu hastalar, en azından psikiyatriye veya başka acil risk faktörleri mevcutsa (örn. sosyal destek eksikliği, dürtüsellik, ölmenin felsefi nedenleri veya aktif alkol kullanım bozukluğu) acil servise sevk edilmelidir. Yüksek riskli hastaların bir intihar planı ve ajitasyon, psikoz veya yakın zamanda intihar girişimi ile uyumlu intiharı tamamlama niyeti vardı. Acil tedaviye nakil düzenlenirken, yüksek riskli hastalar klinikte sürekli gözlem gerektirir. Klinisyenler, risk değerlendirmelerinin ve alınan müdahalelerin altında yatan gerekçeyi belgelemelidir (105).

2.5.5. Tedavi

Akıl hastalığı, dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenidir. Bununla birlikte, bu nitelikteki akıl hastalığının belirlenmesi, desteklenmesi ve tedavi edilmesine yönelik küresel hükümler ve hizmetler yetersiz görülmüştür. Dünya hükümetlerinin %87'si akıl hastalıklarıyla mücadele için bazı birinci basamak sağlık hizmetleri sunsa da, %30'unun programları yok ve %28'inin ruh sağlığı için özel olarak belirlenmiş bir bütçesi mevcut değildir. Aslında, akıl hastalığının çoğu türünü teşhis etmek için güvenilir bir laboratuvar testi yoktur. Tipik olarak teşhis, hastanın kendisi tarafından bildirilen deneyimlerine, akrabaları veya arkadaşları tarafından bildirilen davranışlarına ve zihinsel durum muayenesine dayanır (111).

Depresyon, toplumdaki birinci basamak hekimleri tarafından güvenilir bir şekilde teşhis ve tedavi edilebilir. Küresel olarak ruh sağlığı eşitsizliklerini azaltmak için, toplumdaki depresyon yaygınlığını ve yaygınlıktaki farklılığı coğrafi bölgeye, ülke gelirine ve değerlendirme yöntemine göre değerlendirmek önemlidir (100). Depresyonun neden olduğu derin ve yaygın yük göz önüne alındığında, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) analizinin depresyonu dünya çapında hastalık yükünün önde gelen nedenleri arasına yerleştirmesi şaşırtıcı değildir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı hastalıklar aşamalı olarak kontrol edildiğinden, depresyonun dünya çapında en önemli sağlık yükü olacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle, depresyonun önlenmesi ve tedavisi 21. yüzyıl için öncelikli bir tıbbi sorun olarak görülmelidir (101). Depresyon hem bireysel hem de toplumsal düzeyde muazzam maliyetlerle ilişkilidir (96). Aslında Dünya Sağlık Örgütü'ne (2016) göre depresyon, dünya çapındaki toplam ölümcül olmayan hastalık yükünün %10'unu oluşturmaktadır ve diğer hastalıklardan daha fazla yıl sakatlıktan küresel olarak sorumludur (102).

Depresyon, DSÖ'nün Ruh Sağlığı Açığı Eylem Programı (2001) kapsamındaki öncelikli koşullardan biri haline gelecektir. Ek olarak, depresyon, 2015 yılında intihar ölümlerine önemli bir katkıda bulunan bir faktör olarak kabul edildi (DSÖ, 2017). Bu yüksek yaygınlığa ve bu akıl hastalığının sosyal etkisine rağmen, depresyonun patofizyolojisine ilişkin anlayışımız hala zayıftır. Ayrıca, depresyon için mevcut tedaviler, ilişkili morbidite ve mortaliteyi etkili veya yeterli bir şekilde azaltmamaktadır. Gerçekte, MDB için antidepresan ilaçlarla tedavi edilen bireylerin %50 kadarı tam remisyona ulaşamamaktadır. Bu veriler, depresif bozuklukların halk sağlığı programlarına öncelik olarak dahil edilmesinin ve bu yükü azaltan etkili müdahalelerin uygulanmasının önemini vurgulamaktadır (102). Prevalansına ve MDB'nin sağlık bakım sistemlerimiz üzerindeki muazzam yüküne rağmen, tedavilerimiz neredeyse tamamen semptomatiktir. İlaç tedavisinin değeri ve psikolojik tedaviler hakkında bile tartışmalar vardır. Risk varyantlarını tanımlayarak ve böylece MDB'nin nasıl ortaya çıktığına dair anlayışı artırarak genetik analiz, iyileştirilmiş önleme ve yeni ve daha etkili tedavilerin geliştirilmesine yol açabilir. Genetik analiz, diğer birçok yaygın tıbbi hastalık için risk lokuslarını belirlemesine rağmen, henüz MDB'de bir başarı sağlanamadı (109).

MDB'nin tedavisinde etkililiğe dair birkaç modalitenin kanıtı vardır. Bunlar, birçok formda psikoterapi ve psikofarmakolojik müdahaleleri ve davranışsal müdahaleler/kendi kendine bakım stratejilerini içerir. MDB'deki ciddiyetin ölçülmesi, sadece başlangıç tedavisi için değil, aynı zamanda teşhis konulduktan sonra devam eden yönetim stratejilerine rehberlik etmeye yardımcı olabilir (105). Farklı psikoterapi ve farmakoterapi biçimleri, orta ila şiddetli depresyonun akut tedavisinde eşit derecede etkili görünmektedir (112). Daha şiddetli majör depresyon formları için antidepresanların etkililiğine dair kanıt bulunmasına rağmen, daha hafif aralıktaki depresif koşullardaki hastalar için daha az kanıt vardır. Bu hastalarla psikoterapinin etkililiğine ilişkin kanıt temeli de zayıftır (113). Psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonu, özellikle şiddetli depresyonda, tek başına farmakoterapiden daha faydalı görünmektedir. Bununla birlikte, kombine tedavinin monopsikoterapiye göre avantajı daha az kesindir (112). Bunun yanısıra hafif ve orta dereceli depresyon tedavisinde kombine farmakoterapi ve psikoterapiye karşı argümanlar da vardır (114).

Tüm tedavilerin, ilaçların ve psikoterapinin, yan etkileri ve tedavi sırasında daha fazla kötüleşme gibi dezavantajları da mevcuttur. Hangi tedavinin hangi hasta için en iyi sonucu verdiğini tahmin etmek için henüz tedaviler hakkında yeterli bilgi mevcut değildir. Hafif ila orta şiddette depresyonu olan hastalara kombine tedavinin verilip verilmeyeceği, yalnızca randomize çalışmalarda bulunan etkilere değil, aynı zamanda yan etkilere, hasta tercihlerine, tedavi maliyetlerine, olası olumsuz etkilere, eşlik eden hastalıklara ve depresyon öyküsü, tedavi öyküsü gibi diğer klinik durumlara da bağlı olmalıdır. Mevcut tedavi kılavuzları, bu tür yönleri hesaba katmamıza izin vermektedir (114). Rutin bakımda, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının depresif hastaların çeşitli hastalık kavramları ve tedavi tercihleriyle uğraşması gerektiği gerçeği nedeniyle tedavi karmaşıktır. Bazı hastalar için depresyon, psikoterapi ile tedavi edilecek tamamen psişik bir bozukluktur, diğerlerinde ise ilk tedavi seçeneği olarak antidepresanlar ile nörobiyolojik bir bozukluk kavramı vardır. Hastaların tedavi tercihi ile alınan tedavi arasında bir uyumun sonuç açısından ne kadar alakalı olduğunu bilmek önemlidir (113).

Son on yılda, ruhsal bozukluğu olan hastaların giderek artan bir oranı, psikoterapi olmaksızın psikotropik ilaç almıştır ve hastaların yaklaşık %75'i psikoterapiyi tercih etmektedir. Olanak sunulduğunda birçok hastanın kombine

tedaviyi tercih etmesi beklenebilir (114). Klinik uygulamada tek tedaviyle başlamak alışılmadık bir durum değildir: maliyet-etkililik hususları vardır, tüm tedavi seçenekleri mevcut değildir, olası yan etkiler vardır ve monoterapilerde uyum daha yüksektir. Yanıt vermeyen hastalarda sıralı bir strateji kullanılabilir. Segal vd. ve Fava ve ark., özellikle daha şiddetli depresif hastalarda, depresyon için sıralı farmakoterapi ve psikoterapi önermektedir, ancak bu tür sıralı stratejiler sıklıkla çalışılmamıştır. Başarısız psikoterapiden sonra farmakoterapinin reçete edildiği çok az çalışma tespit edilmektedir. Fakat bu durum, başlangıçtan itibaren kombine tedaviden biraz daha etkili görülmektedir. Tersi olarak -depresyon için farmakoterapiye yanıt vermeme sonrasında psikoterapinin eklenmesi- daha sık çalışılmıştır. Tüm bu çalışmalarda, psikoterapi bir tür bilişsel davranış terapisiydi ve esas olarak kısmen veya tamamen başarılı bir farmakoterapiden sonra nüksü önlemek için eklenmiştir (112).

Psikoterapi

Psikolojik müdahalelerin depresyon tedavisinde etkili olduğu iyi bilinmektedir. Son otuz yılda, yaklaşık 200 kontrollü ve karşılaştırmalı çalışma, psikolojik tedavilerin etkilerini kontrol koşullarına ve diğer tedavilere kıyasla incelemiştir. Bu çok sayıda çalışma, psikolojik tedavilerin yetişkinlerde depresyon üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermiştir. Önemli sayıda çalışma, psikolojik tedavilerin, yaşlı yetişkinler, doğum sonrası depresyonu olan kadınlar ve multipl skleroz, inme ve kanser hastaları dahil olmak üzere hem depresyon hem de genel tıbbi rahatsızlıkları olan hastalar gibi belirli popülasyonlarda da etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, birkaç spesifik psikolojik tedavi türünün etkili olduğu bulunmuştur. Çoğu araştırma, olumsuz bilişlerin yeniden yapılandırılmasının temel unsur olduğu bilişsel davranış terapisine odaklanmıştır. Bununla birlikte, kişilerarası psikoterapi, problem çözme terapisi, davranışsal aktivasyon ve psikodinamik terapiler dahil olmak üzere diğer bazı psikolojik tedavilerin de etkili olduğu bulunmuştur. Bu tedaviler bireysel formatta, grup formatında veya rehberli kendi kendine yardım olarak sunulabilir. Psikolojik tedavilerin etkileri, farmakolojik tedavilerin etkilerine benzerdir ve kombine tedaviler, bazı durumlarda tek tedaviden daha etkilidir (114). Psikoterapinin yüksek plasebo yanıt oranlarında görülen etkililiği, müdahalenin gerçek klinik faydasını sorgulamaktadır. Huhn ve meslektaşları, akut faz psikoterapisinin, tedavisiz plasebo

ile karşılaştırıldığında orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğunu bulmuşlardır (105).

Bilişsel-davranışçı terapi, depresif bozukluk için en kapsamlı araştırılan psikoterapidir (113). BDT, zihinsel bozukluk ve psikolojik sıkıntının bilişsel faktörlerle birlikte sürdürüldüğü temel önermesini paylaşan bir müdahale sınıfını ifade eder. Öncülüğünü Beck (1970) ve Ellis'in (1962) yaptığı bu tedavi yaklaşımının temelini, uyumsuz bilişlerin duygusal sıkıntı ve davranış problemlerinin sürdürülmesine katkı sağladığı düşüncesi oluşturur. Beck'in modeline göre, bu uyumsuz bilişler, belirli durumlarda belirli ve otomatik düşüncelere yol açan, dünya, benlik ve gelecek hakkındaki genel inançları ya da şemaları içerir. Temel model, bu uyumsuz bilişleri değiştirmeye yönelik terapötik stratejilerin duygusal sıkıntı ve sorunlu davranışlarda değişikliklere sebep olduğunu ileri sürer(115). Diğer bir deyişle bu model, düşünmedeki hatalar düzeltildiğinde (bilişsel değişim) depresyonun azaldığını ve nüksetme olasılığının azaldığını varsayar (116).

Beck'in bilişsel modeli, insanların olumsuz yaşam olayları hakkındaki yorumlarının depresyon deneyiminde bir rol oynadığını varsayıyordu. Depresyondaki bireylerin olumsuz inançlara veya şemalara sahip olduğunu savunmaktadır. Bu şemaların erken çocukluk döneminde geliştiği ve kayıp, yetersizlik, kişilerarası reddedilme ve değersizlik temalarını içerdiği düşünülmektedir. Beck'in modelinde, bu inançlar depresyona karşı bilişsel bir kırılganlık (dia-tez) oluşturur. İnançlar, kendilik, dünya ve gelecek hakkında olaya özgü olumsuz (otomatik) düşünceler (Beck'in bilişsel üçlüsü) üretmek için olumsuz yaşam olayları (stres) tarafından etkinleştirilir ve bu da olumsuz ruh haline yol açar. Bu modelin ardından, bilişsel terapi, ruh hali değişikliğini ve stresle daha iyi başa çıkmayı kolaylaştırmak için danışanların düşünce kalıplarını değiştirmeyi amaçlamaktadır. Beck'in bilişsel teorisinin merkezi bir uzantısı, baskının geliştiği çevresel bağlamı inceleyen davranışsal depresyon modellerini içeriyordu (117). 1960'lardaki ilk gelişiminden bu yana, BDT gelişti ve en yaygın uygulanan ve en kapsamlı araştırılan psikoterapi formlarından biri olarak ortaya çıktı (118). BDT artık depresyon için kabul edilen kanıta dayalı bir birinci basamak tedavidir. Depresyon tedavisinde meta-analitik düzeyde kanıtlara sahiptir. Terapist ve hasta arasındaki periyodik yüz yüze seanslar, BDT'yi uygulamak için en geleneksel araç olmuştur (119). Çok sayıda araştırma, BDT'nin depresif semptomları

hafifletme ve nüks riskini azaltmadaki etkinliğini desteklemektedir (118). Ayrıca, depresyondaki "ani kazanımlar" üzerine yapılan araştırmalar, bilişsel değişimin bir aracı olarak rolünü daha da desteklemektedir. Ani kazançlar, BDT sırasında depresif belirtilerde nispeten ani bir düşüşü ifade eder (Beck Depresyon Ölçeği'nde hastaların yaklaşık %30-50'sinde dördüncü ve sekizinci seanslar arasında meydana gelen ortalama 11 puanlık bir düşüş). Önemli olarak, Tang ve meslektaşları bilişsel değişimin ani kazanımları öngördüğünü buldular. İki çalışmada, aynı hastalarda diğer kontrol seanslarına göre ani kazanımlardan önceki seanslarda daha fazla bilişsel değişiklik bulmuşlardır (116).

Genel olarak bakıldığında tıbbi psikiyatri modeliyle tutarlı olarak, tedavi amacının semptomların azaltılması, tedavi sürecinin iyiye gitmesi ve bozukluğun hafifletilmesidir. Belirlenen bu hedeflere ulaşmak için hasta, uyumsuz bilişlerin geçerliliğini test etmek ve sorgulamak ve uyumsuz davranış kalıplarını değiştirmek amacıyla işbirliğine dayalı bir problem çözme sürecine aktif olarak katılım sağlar. Bu nedenle, modern BDT, çeşitli bilişsel, davranışsal ve duygu odaklı teknikleri birleştiren bir müdahale durumunu ortaya koyar. Bu stratejiler bilişsel faktörleri büyük ölçüde vurgulasa da, fizyolojik, duygusal ve davranışsal bileşenler de bozukluğun sürdürülmesini etkiledikleri için kabul edilmektedir (115).

Farmakoterapi

1950'lerde ilk monoamin oksidaz inhibitörü (MAOI) olan iproniazid ve ilk trisiklik antidepresan (TCA) imipraminin tesadüfi keşiflerinden bu yana, depresyon için etkili farmakolojik tedaviler kullanılmıştır, ardından 1960'larda özellikle depresyonu, bilişsel davranışçı terapiyi (Beck, 1967) hedefleyen psikolojik bir yaklaşımın geliştirilmesi izlenmiştir. SSRI ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) gibi yeni ilaçların geliştirilmesi ve bunu izleyen yeni psikolojik yaklaşımlar, daha önce bu durumdan etkilenen ve tedavi edilemeyen milyonlarca depresif bireyin yaşamları üzerinde dramatik bir etkiye sahiptir (120).

Genel olarak, birinci ve ikinci nesil antidepresanlar, tedaviye yanıt veren hastaların %60-70'i oranında (%50'den fazlasında semptomlar iyileşmiştir) eşit etkinliğe sahiptir. SSRI, SNRI, bupropion ve mirtazapin gibi ikinci nesil ilaçlar, birinci nesil ilaçlara (TCA ve MAOI) göre tercih edilmektedir. Doz aşımı durumlarında daha

az sorunlu yan etkiler ve daha az ölüm riski vardır. Her ilacın benzersiz yan etki profili, bireysel hastalar için ilaç seçimine rehberlik etmelidir. Bu ekonomik çağda, maliyet de hem bireysel hasta açısından hem de genel bir bakış açısıyla dikkate alınmalıdır. Çoğu atak, ilk antidepresana tam olarak yanıt vermez, yanıt haftalarca veya aylarca gecikebilir ve kalan semptomlar önemli morbiditeye neden olabilir. İlk tedaviye yanıt vermeyen depresif epizodlar için, tek bir stratejinin - aynı sınıftan farklı bir ilaca geçilmesi, farklı bir ilaç sınıfına geçilmesi ya da ek bir ajanla takviye edilmesi - açıkça daha üstün olduğu belirlenmemiştir. Bununla birlikte, riskleri ve yan etki profilleri onları hastalar için daha az çekici hale getirebilir ve hasta tercihi ve güvenliği, refrakter veya kronik MDB için tedavi kararlarını belirlemelidir (121). Bu farklılıkların anlaşılması, tedavi sağlayıcıların ilaç yönetimini hastaların özel ihtiyaçlarına göre uyarlamasına yardımcı olabilir. Bir antidepresan başlatıldıktan sonra, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) takip sırasında izlenmelidir ve dozaj ayarlamaları ve genel rejimdeki değişiklikleri yönlendirmek için kullanılabilir. İlaç başladıktan dört ila altı hafta sonra, PHQ-9 skoru beş veya daha fazla azalırsa mevcut tedaviye devam edilmelidir. İki ve dört arasındaki puan azalması için ilacın dozunun artırılması düşünülmelidir ve ikiden az puan düşürmeler için ilacın değiştirilmesi veya artırılması düşünülmelidir. Hastaların üçte birine kadar bir yanıtı deneyimlemek için terapötik antidepresan düzeyinde on hafta gerekir. Bunun yanı sıra karaciğer ve böbrek fonksiyonuna dayalı doz ayarlamaları ve hamilelik veya emzirme ortamında güvenlik de bir ilacın seçiminden önce gözden geçirilmelidir. Tedavinin amacı, majör depresyonun tam remisyonudur (105).

Farmakoterapinin, birkaç yıl önce hafif ila orta dereceli depresyondaki etki boyutlarının klinik olarak anlamlı olmadığı öne sürülmüştü. Tedavilerin sonuçlarının klinik ilgisini belirlemek için geçerli bir yöntem yoktur, bu nedenle farmakoterapi için uygunluk, etki boyutu gibi istatistiksel bir sonuç kullanılarak tanımlanamaz. Bununla birlikte, tedavinin klinik olarak anlamlı olup olmadığına bakılmaksızın, farmakoterapinin etkilerinin azalan şiddet ile azaldığına dair kanıtlar oldukça güçlüdür (114). Antidepresanlar daha şiddetli depresyon için en iyi şekilde kanıtlanmıştır ve monoterapi olarak veya psikoterapi ve diğer bakım yöntemleriyle kombine halde kullanılmıştır (121).

Psikoterapinin asla şiddetli depresyon hastalarında kullanılmaması gerektiği uzun zamandır düşünülüyordu. Bu inanç, kısmen, antidepresan ilaçların aksine, BDT'nin daha şiddetli depresif hastalar için plasebodan farklı olmadığı Depresyon Tedavisi İşbirlikçi Araştırma Programının bulgularına dayanmaktadır. Bu bulgular, farmakoterapinin şiddetli depresyon için etkili olduğunu, ancak psikoterapinin olmadığını ve bu nedenle sadece hafif ila orta dereceli depresyon için kullanılması gerektiğini ortaya koymuştur (114). Bununla birlikte, çok sayıda antidepresan terapi çalışması, terapötik bir fayda olarak tedaviyle ilişkili bilişsel iyileşmeyi veya olumsuz bir olay olarak tedaviyle ilişkili bilişsel bozukluğu saptamak için son noktaları içermektedir. Ayrıca, antidepresan monoterapi sadece MDB'si olan bazı kişilerde etkili olduğundan ve yalnızca bir azınlık ilk monoterapi ile tam remisyon sağladığından, birçok hastada yüksek düzey bilişsel işlevi engelleyebilen düşük konsantrasyon dahil olmak üzere artık depresif semptomlar vardır. Bu nedenle, MDB tedavisi genellikle antidepresan monoterapinin güçlendirilmesini gerektirir. Bununla birlikte, MDB'li bireylerde güçlendirme terapisinin bilişsel işlev üzerindeki etkileri hakkında nispeten az şey bilinmektedir (122).

Davranışsal Müdahaleler ve Öz Bakım

Birçok hasta, depresif belirtilerin psikoterapi veya ilaçlarla tedavi edilmesine karşı çıkıyor. Bazı hastalar ilaçlara karşı ters reaksiyon göstermiştir ve diğerleri kaynaklara erişemeyebilir veya gerekli zamanı bulamayabilir. Bu hastalar, kendi başlarına veya alternatif destekle başlatabilecekleri müdahalelere başlamayı amaçlamaktadır (105).

Depresyon genellikle antidepresanlar veya psikolojik terapiler veya her ikisinin kombinasyonu ile tedavi edilir. Antidepresanlar, birinci basamakta depresyon tedavisinde etkilidir. Bununla birlikte, antidepresanların olumsuz yan etkileri olabilir, uyum zayıf olabilir ve antidepresanların başlamasıyla ruh halindeki iyileşmeler arasında bir gecikme olabilir. Psikolojik tedaviler genellikle yan etkilerden arındırılmıştır ve Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE) kılavuzlarında (2009) önerilmektedir, ancak bazı insanlar algılanan damgalanma veya olumlu sonuç beklentilerinin düşük olması nedeniyle psikolojik tedavi almak istemeyebilir. Psikoterapi ayrıca etkili olabilmek için sürekli motivasyon

ve bir dereceye kadar psikolojik zihniyet gerektirir. Depresyon, alternatif tedaviler aramak için iyi bilinen bir nedendir ve bazı durumlarda insanların kendi inançları ve felsefeleriyle daha uyumlu olabileceği öne sürülmektedir. Müzik terapisi, ışık terapisi, akupunktur, aile terapisi, evlilik terapisi, gevşeme ve egzersiz gibi alternatif terapilerin potansiyel rolüne ilgi artmaktadır (98). Çok sayıda kesitsel ve uzunlamasına çalışma, Batı diyeti ile depresyon gelişimi olasılığı arasındaki ilişkiyi kanıtlamaktadır; ne yazık ki, yetersiz çalışmalar diyet değiştirmenin depresyonu tedavi edip etmeyeceğini değerlendirmektedir (105).

Diyet müdahalesinin aksine, egzersiz MDB için bir müdahale olarak daha kapsamlı bir şekilde çalışılmış, ancak karışık sonuçlar vermiştir (105). Egzersizin depresyon üzerindeki etkisi, uzun bir süredir araştırma konusu olmuştur ve bir dizi araştırmacı ve klinisyen tarafından depresyon tedavisinde etkili olduğuna inanılmaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Hizmet Çerçevesi raporu, egzersizin depresyonlu kişiler için bir tedavi seçeneği olarak dahil edilmesi gerektiğini önermektedir. Depresyon için NICE kılavuzu, hafif ila orta dereceli depresyon için düşük yoğunluklu Adım iki müdahalesi olarak, 10-14 hafta boyunca haftada üç kez (45-60 dakika) yapılandırılmış, denetlenen egzersiz programlarını önermektedir. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2010) tarafından yetişkinlerde farmasötik olmayan depresyon yönetimi için yayınlanan bir kılavuz, yapılandırılmış egzersizin depresyonlu kişiler için bir tedavi seçeneği olarak kabul edilebileceğini önermektedir (98). Bunun dışında meditasyon, müzik terapisi ve hayvan destekli terapi, MDB'nin tedavisinde fayda sağlayacak bazı kanıtlara sahiptir. Bununla birlikte, çoğu klinisyenin güvenle tavsiye etmesinden önce yaşam tarzı müdahaleleri daha fazla sağlam randomize kontrollü çalışma gerektirir (105).

2.5.6. Sonuç

Epidemiyolojik kanıtlar, majör depresif bozukluğun yaygın olarak ortaya çıkan, sağlığı ciddi şekilde bozan ve sıklıkla yetersiz tedavi edilen bir hastalık olduğunu göstermektedir (99). Küresel olarak, sakatlık nedeniyle kaybedilen yıl bakımından diğer koşullardan daha fazla sorumludur. Bunun nedeni büyük ölçüde pek çok insanın bu durumdan etkilenmesi ve bunun uzun yıllar sürmesi gerçeğidir (123). Ayrıca depresyonun, özellikle devam ettiğinde, depresyonla birleşen ve ayırt etmenin zor

olduğu ikincil sakatlığa yol açabileceği klinik olarak açıktır (97). Depresyonun yüksek yaygınlığı ve önemli yükü göz önüne alındığında, araştırmacıların depresif dönemlerin başlangıcı, sürdürülmesi ve tedavisine ilişkin anlayışımızı artırmak amacıyla çok fazla araştırma yapmaları şaşırtıcı değildir (96). Bununla birlikte, depresyon şu anda en önemli küresel sağlık sorunlarından biri olsa da, kültürel, psikolojik ve biyolojik faktörlerin depresyona katkıda bulunduğu bilinmesine rağmen, karmaşık patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır (94). Depresyon şiddeti, hafif semptomlardan şiddetli, kronik ve zayıflatıcı semptomlara kadar değişebilir ve bireyin yaşam alanlarının çoğunu etkiler. Depresyonun yüksek yaygınlığı ve şiddeti ve zararlı etkilerine rağmen, depresyon tedavileri sadece orta derecede başarılı olmuştur. Ayrıca, depresyondan muzdarip bireylerin çoğu uygun bakımı almamaktadır (117). Dünya nüfusunun neredeyse yarısı, 100.000 kişi başına yalnızca iki psikiyatristin olduğu bir ülkede yaşıyor. Sonuçta, damgalanma, etkili tedavilerin eksikliği ve yetersiz zihinsel sağlık kaynakları gibi nedenlerden dolayı depresyon yaygın olarak teşhis edilmemekte ve tedavi edilmemektedir (123).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölüm, etik kurul onayı, araştırma tipi, verilerin toplandığı örneklem, dahil etme ve hariç tutma kriterleri, veri toplama araçları, yanlılık ve elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemlerle ilgili bilgiler içermektedir.

3.1. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu 09.11.2020 tarihli ve 47 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır (örnek için Ek-1'e bakınız). Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş onam formu (örnek için Ek-2.'ye bakınız) okutulup onayları alınmıştır.

3.2. Araştırma Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı araştırma tipine uygun olarak yapılmıştır. Çalışmada, duygusal yeme ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma Kasım 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu çalışmanın evrenini, Kasım 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında Ankara'daki devlet üniversitelerinde (Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi ve Orta Doğu Teknik Üniversitesi olmak üzere) toplamda önlisans 16.758, lisans 176.138 ve lisansüstü 39.906 öğrenci ve vakıf üniversitelerinde ise (Ankara Medipol Üniversitesi, Atılım Üniversitesi, Başkent Üniversitesi, Çankaya Üniversitesi, İhsan Doğramacı Bilkent Üniversitesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Ostim Teknik Üniversitesi, TED Üniversitesi, TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Ufuk Üniversitesi, Yüksek İhtisas Üniversitesi ve Ankara Bilim Üniversitesi olmak üzere) toplamda önlisans 8.370, lisans 56.949 ve lisansüstü 6.923 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmada, kolay örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara'da bulunan vakıf üniversiteleri ve devlet

üniversitelerinde okuyan ön-lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora öğrencileri oluşturmaktadır. DSÖ'nün Sağlık Araştırmalarında Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi kılavuzunda bulunan tabloda yer alan değerlerin belirlenmesiyle ortaya çıkan örneklem sayısına göre hareket edilmiştir (124). Çalışmanın güven aralığı %95, sapma düzeyi 0.05 ve öngörülen evren oranının %30 olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucunda kılavuzda yer alan tabloda minimum örneklem sayısının 323 olduğu görülmüş ve bu çalışmaya toplamda 323 gönüllü bireyin katılımı sağlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

- Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyenler
- Ankara'da herhangi bir üniversitede okuyan önlisans, lisans, yüksek lisans, doktora öğrencileri

3.5. Araştırmadan Hariç Tutma Kriterleri

- Pandemiden dolayı Ankara'da yaşamak durumunda kalan ama Ankara dışında bir üniversitede okuyan önlisans, lisans, yüksek lisans, doktora öğrencileri

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma döneminde var olan Covid-19 salgını sebebiyle veri toplama yüz yüze olarak gerçekleştirilememiştir. Bunun yerine araştırma, gönüllü bireyler tarafından internet üzerinden doldurulup, araştırmacıya ulaştırılmıştır. Ankette; demografik bilgi formu, Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Beck Depresyon Ölçeği olmak üzere üç ayrı form yer almıştır.

3.6.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, boy, vücut ağırlığı, yüksek öğrenim düzeyi gibi bilgilerin öğrenilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

3.6.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEB-Q)

Yeme stilleri çeşitli ölçeklerle değerlendirilebilse de, Hollanda Yeme Davranışı Anketi aynı anda üç ana yeme stilini kapsayan ve topluluk örneklerinde geliştirilen tek ankettir (71). Van Strien ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilmiştir. Anket, duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme davranışlarını değerlendiren üç alt ölçekten oluşmaktadır (125). DEB-Q yeme tarzları aşırı yeme üzerine kurulu üç ana psikolojik teoriye dayanmaktadır; psikosomatik teori (Bruch, 1973), dışsallık teorisi (Schachter, 1971) ve kısıtlama teorisi (Polivy & Herman, 1985) (71). DEB-Q, bu üç yeme tarzını ölçmek amacıyla geliştirilmiş, beşli likert tipi bir ölçekle yanıtlanmakta (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık) ve 33 maddeden oluşmaktadır (73).

Testin toplam skoru değerlendirilmezken, üç alt ölçek kendi içinde değerlendirilmektedir. Testin puanlamasında herhangi bir kesme noktası olmazken üç alt skorun kendi içinde likert skalası ile değerlendirilen toplam puanın yüksek olması, yeme tutumu açısından olumsuzluk göstergesidir. Bozan tarafından geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanan test, 2009 yılında Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe versiyonunda ilk 10 soru kısıtlayıcı yeme, 11-23 arası duygusal yeme, 24-33 arası ise dışsal yeme tutumunu değerlendiren sorulardır. Dışsal yeme sorularından 31. soru ise ters sorudur (125).

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından adolesan ve yetişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Depresyon şiddetini ölçmek, tedaviyle olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla oluşturulmuştur. Depresyona ait davranış ve semptomlar birer cümle ile tanımlanmış ve her bir cümleye sıfır ila üç arasında bir numara verilmiştir. Toplamda yirmi bir maddeden oluşmaktadır. Şiddetin belirlenmesi için her bir soruya verilen yanıtın karşısındaki puanlar toplanır ve toplam skor; 0-9=Minimal, 10-16=Hafif, 17-29=Orta, 30-63=Şiddetli şeklinde yorumlanmaktadır (126).

3.6.4. Beden Kütle İndeksi (BKİ)

Daha önceden Quetelet indeksi olarak adlandırılan BKİ, yetişkin bireylerde beslenme durumunu gösteren bir ölçüdür. Bireyin kilogram cinsinden ağırlığının, kişinin boyunun metre cinsinden karesine bölünmesi (kg/m^2) olarak tanımlanır. BKİ aralıkları, aşırı vücut yağının hastalık ve ölüm üzerindeki etkisine dayanmaktadır ve adipozite ile makul ölçüde iyi ilişkilidir. BKİ, hastalığın bir risk göstergesi olarak geliştirildi; BKİ arttıkça bazı hastalıklar için risk de artar. Aşırı kilo ve obezite ile ilgili bazı yaygın durumlar şunlardır: erken ölüm, KVH, HT, osteoartrit, bazı kanserler ve diyabet. Tablo 3.1'de BKİ sınıflandırmaları ile aralıkları verilmiştir (127).

Tablo 3.1. BKİ aralıkları ve sınıflandırılması

BKİ aralıkları (kg/m^2)	Sınıflandırma
< 18.5	Zayıf
18.5–24.9	Normal
25.0–29.9	Hafif kilolu
30.0–34.9	Obez (I. derece)
35.0–39.9	Obez (II. derece)
> 40	Obez (III. derece)

3.7. Yanlılık (Bias)

Araştırmadaki yanlılıkları önlemek amacıyla, araştırmacı tarafından katılımcılara soru yöneltilmesi yerine çalışmaya, katılımcıların kendini değerlendirmesi sağlanacak ölçekler eklenmiştir. Ayrıca duygusal yeme ve depresyon şiddetinde yanlılık olmaması için araştırmaya uygun ve standart bir ölçek kullanılması belirlenmiştir.

Anket formuna ilişkin yanlılığa bakıldığında, ankette kullanılan dil sade ve anlaşılır, sorular yansız ve soru öncesinde kişilere aktarılan çalışma ile ilgili bilgiler tarafsız bir biçimde olacaktır. Ayrıca depresyon ölçeğinde son bir haftada olan duygu değişimleri incelendiği için geçmişe yönelik yanlılık, taraf tutma gibi durumların en düşük seviyede olması beklenmektedir. Bunun dışında genellenebilirliğin sağlanmasının ana ölçütü olan örneklem seçimi toplumu temsil eder özelliktedir.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda ortaya çıkan veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken nitel değişkenler sayı (n) ve yüzde (%), nicel değişkenler ise ortalama ve standart sapma ($\bar{X}\pm SS$) şeklinde belirtilmiştir. Sosyodemografik özellikler ile duygusal yeme alt ölçek puanları arasındaki ilişkileri değerlendirirken değişkenler normal dağılım hipotezini karşılamadıkları için non-parametrik analiz yöntemlerinden olan Mann Withney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ayrıca kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Ki-Kare Testi tercih edilmiştir. Bunun haricinde veriler arasındaki ilişki düzeyini incelemek amacıyla Spearman Korelasyonu kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık ise $p<0.05$ altında değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Çalışmaya gönüllü katılım sağlayan 323 bireyin %75'i kadın (n=242), %25'i ise erkektir (n=81). Çalışmaya katılan bireylerin yaş aralığı 18-42'dir. 18-24 yaş aralığındaki birey oranı %66 (n=214) iken, 25-42 yaş aralığındaki birey oranı ise %34'tür (n=109). Katılımcıların yaş ortalaması 23.6±4.09 ve medyan 23'tür. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %93'ü bekar (n=300), %7'si evlidir (n=23). Bireylerin %75'i devlet üniversitelerinde (n=243) eğitim görürken, %25'i vakıf üniversitelerinde (n=80) eğitim gördüklerini belirttiler. Yine katılımcıların eğitim aldıkları yükseköğretim birimine bakıldığında ön-lisans düzeyindeki bireylerin oranı %11 (n=36), lisans düzeyindeki bireylerin oranı %60 (n=192), yüksek lisans düzeyindeki bireylerin oranı %26 (n=85) ve doktora düzeyindeki bireylerin oranı ise %3'tür (n=10) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	242	74.9
Erkek	81	25.1
Yaş		
18-24	214	66.3
25-42	109	33.7
Medeni durum		
Bekar	300	92.9
Evli	23	7.1
Üniversite türü		
Devlet üniversitesi	243	75.2
Vakıf üniversitesi	80	24.8
Yükseköğretim düzeyi		
Ön-lisans	36	11.1
Lisans	192	59.4
Yüksek lisans	85	26.3
Doktora	10	3.1
Toplam	323	100.0

(n=323)

Katılımcıların %34'ü (n=111) sigara içtiklerini belirtirken, yine %34'ü (n=111) alkol tüketimi sorusuna evet yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanımı		
Hayır	212	65.6
Evet	111	34.4
Alkol kullanımı		
Hayır	212	65.6
Evet	111	34.4
Toplam	323	100.0

(n=323)

Katılımcıların kendi kilo durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda; %6'sı (n=18) kendini çok kilolu, %30'u (n=97) kilolu, %57'si (n=185) normal kiloda, %7'si (n=23) zayıf olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların kendi kilo durumlarını değerlendirmeleri

Kendi kilo durumlarını değerlendirme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kilolu	18	5.6
Kilolu	97	30.0
Normal	185	57.3
Zayıf	23	7.1
Toplam	323	100.0

(n=323)

Yine katılımcılara kilolarından memnun olup olmadığı sorulduğunda %55'i (n=177) kilosundan memnun olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların kilolarından memnuniyet durumu

Kilodan memnuniyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	177	54.8
Evet	146	45.2
Toplam	323	100.0

(n=323)

Katılımcıların ailesinde kilolu bireylerin varlığına bakıldığında, %57'si (n=183) ailesinde kilolu birey olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların ailelerinde kilolu birey varlığı

Ailede kilolu birey varlığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	140	43.3
Evet	183	56.7
Toplam	323	100.0

(n=323)

Katılımcıların ağırlıkları incelendiğinde en düşük ve en yüksek değer 42-152 kg ve ağırlıklarının ortalaması ise 66.3±15.4 kg. Boylarının en düşük ve en yüksek değeri 1.50-1.93 metre ve ortalaması ise 1.68±0.8 metredir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların ağırlık ve boy durumları

	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart sapma (SS)	En düşük	En yüksek
Ağırlık (kg)	66.3	15.4	42	152
Boy (m)	1.68	0.8	1.50	1.93

(n=323)

Katılımcıların beden kütle indekslerine (BKI) bakıldığında, yaklaşık %7'si zayıf (n=22), %68'i normal (n=221), %18'i hafif kilolu (n=57) ve %7'si obez (n=23) kategorisinde yer almaktadır. Cinsiyetler kendi içinde incelendiğinde; kadınların yaklaşık %9'u zayıf, %74'ü normal, yaklaşık %12'si hafif kilolu ve %5'i obez

kategorisinde yer alırken; erkeklerin yaklaşık %1'i zayıf, %52'si normal, %33'ü hafif kilolu ve %14'ü obez kategorisinde yer almaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların BKİ durumları

BKİ aralıkları	Kadın		Erkek		Toplam
	Sayı (n) Yüzde(%)	Grup içi Yüzde(%)	Sayı (n) Yüzde(%)	Grup içi Yüzde(%)	Sayı (n) Yüzde(%)
Zayıf (<18.5)	21 6.5	8.7	1 0.3	1.2	22 6.8
Normal (18.5-24.9)	179 55.4	74.0	42 13.0	51.9	221 68.4
Hafif kilolu (25-29.9)	30 9.3	12.4	27 8.4	33.3	57 17.6
Obez (>30.0)	12 3.7	5.0	11 3.4	13.6	23 7.1
Toplam	242 74.9	100.0	81 25.1	100.0	323 100.0

(n=323)

Çalışmaya katılan bireylerin kilo verme girişimlerine bakıldığında; kilo vermeye çalıştıklarını bildirenlerin oranı %39 (n=127), mevcut kilosunu korumaya çalıştıklarını bildirenlerin oranı %24 (n=78) ve kilo durumuyla ilgili bir girişimde bulunmadığını bildirenlerin oranı ise %37'dir (n=118) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların kilo verme girişimleri

Kilo verme girişimi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kilo vermeye çalışıyorum	127	39.3
Mevcut kilomu korumaya çalışıyorum	78	24.1
Hayır, şu anda kilomla ilgili herhangi bir şey yapmıyorum	118	36.5
Toplam	323	100.0

(n=323)

Kilo vermeye çalışan ve mevcut kilosunu korumaya çalışan katılımcıların kilo durumuyla ilgili uyguladıkları seçeneklere bakıldığında, %20'si (n=65) kendi kendine diyet uyguladığını, %47'si yediklerine dikkat ettiklerini, %28'i (n=90) spor yaptıklarını, %1 (n=3) kendilerini kusturduklarını ve %6'sı (n=18) ise doktor veya diyetisyen kontrolünde diyet yaptıkları belirtmişlerdir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Katılımcıların kilo koruma/verme yolları

Kilo koruma/verme yolları	Sayı (n^+)	Yüzde (%)
Kendi kendine diyet uygulama	65	20.1
Yediklerine dikkat etme	151	46.7
Spor yapma	90	27.9
Kendini kusturma	3	0.9
Doktor/Diyetisyen kontrolü ile diyet	18	5.6

* Katılımcılar birden fazla yanıt verdikleri için 'n' katlanmıştır.
(n=323)

Katılımcıların %82'si (n=265) psikolojik destek almadıklarını belirtirken, %12'si (n=40) daha önce ve %6'sı (n=18) ise şu anda psikolojik destek aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.10).

Çalışmaya katılan bireylerin haftalık yürüyüş sürelerine bakıldığında; %22'si (n=72) hiç yürümediklerini, %37'si (n=119) haftada 90 dakikadan az yürüdüklerini, %25'i (n=82) haftada 91-200 dakika aralığında yürüdüklerini ve %16'sı (n=50) ise haftada 200 dakikadan fazla yürüdüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.11).

Tablo 4.10. Katılımcıların psikolojik destek alma durumları

Psikolojik destek alma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	265	82.0
Evet	18	5.6
Daha önce aldım	40	12.4
Toplam	323	100.0

(n=323)

Tablo 4.11. Katılımcıların haftalık yürüyüş süreleri

Haftalık yürüyüş süresi (dk)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç	72	22.3
90 dakikadan az	119	36.8
90-200 dakika	82	25.4
200 dakikadan fazla	50	15.5
Toplam	323	100.0

(n=323)

Çalışmaya katılan bireylerin uyku düzenlerinin olup olmadığı sorulduğunda %51'i (n=163) düzenli uykularının olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Katılımcıların düzenli uyku durumları

Düzenli uyku	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	160	49.5
Evet	163	50.5
Toplam	323	100.0

(n=323)

Hollanda yeme davranışı anketine (DEB-Q) bakıldığında, beşli likert ölçeğine göre katılımcıların kısıtlayıcı yeme puan ortalaması 2.48±0.8; duygusal yeme puan ortalaması 2.49±1.1 ve dışsal yeme puan ortalaması ise 3.17±1.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği skoru

DEB-Q alt ölçekleri	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart Sapma (SS)
Kısıtlayıcı yeme	2.48	0.89
Duygusal yeme	2.49	1.18
Dışsal yeme	3.17	0.82

(n=323)

Aşağıda, Hollanda yeme davranışı anketindeki (DEB-Q) 33 sorunun, beşli likert ölçeğinde yer alan yanıtlardan her birine katılımcıların cevapları sayılar ve yüzdeler şeklinde belirtilmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Katılımcıların Hollanda yeme davranışı anketi (DEB-Q) sorularına verdikleri yanıtlar

Soru/Likert Ölçeği	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık**	**Çok sık**
	N %	N %	N %	N %	N %
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	57 17.6	64 19.8	109 33.7	69 21.4	24 7.4
2. Yemek zamanı, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	78 24.1	81 25.1	103 31.9	42 13.0	19 5.9
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek/içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	85 26.3	88 27.2	96 29.7	35 10.8	19 5.9

Tablo 4.14. (devam) Katılımcıların Hollanda yeme davranışı anketi (DEB-Q) sorularına verdikleri yanıtlar

Soru/Likert Ölçeği	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık**	**Çok sık**
	N %	N %	N %	N %	N %
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	39 12.1	69 21.4	131 40.6	53 16.4	31 9.6
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler yer misiniz?	143 44.3	78 24.1	64 19.8	25 7.7	13 4.0
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	97 30.0	73 22.6	86 26.6	45 13.9	22 6.8
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	69 21.4	82 25.4	92 28.5	57 17.6	23 7.1
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	87 26.9	81 25.1	79 24.5	47 14.6	29 9.0
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	126 39.0	85 26.3	74 22.9	23 7.1	15 4.6
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	96 29.7	82 25.4	78 24.1	35 10.8	32 9.9
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?	87 26.9	66 20.4	73 22.6	51 15.8	46 14.2
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	43 13.3	53 16.4	95 29.4	68 21.1	64 19.8
13. Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	93 28.8	64 19.8	57 17.6	54 16.7	55 17.0
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	91 28.2	68 21.1	67 60.7	47 14.6	50 15.5
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	124 38.4	59 18.3	53 16.4	33 10.2	54 16.7
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	112 34.7	63 19.5	58 18.0	43 13.3	47 14.6
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	127 39.3	61 18.9	53 16.4	42 13.0	40 12.4
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	126 39.0	60 18.6	58 18.0	41 12.7	38 11.8
19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	133 41.2	66 20.4	49 15.2	38 11.8	37 11.5
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	171 52.9	87 26.9	33 10.2	12 3.7	20 6.2
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	137 42.4	60 18.6	51 15.8	31 9.6	44 13.6
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	133 41.2	63 19.5	42 13.0	42 13.0	43 13.3
23. Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?	128 39.6	58 18.0	53 16.4	39 12.1	45 13.9
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	17 5.3	28 8.7	79 24.5	102 31.6	97 30.0
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	19 5.9	36 11.1	89 27.6	99 30.7	80 24.8
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	15 4.6	35 10.8	84 26.0	107 33.1	82 25.4

Tablo 4.14. (devam) Katılımcıların Hollanda yeme davranışı anketi (DEB-Q) sorularına verdikleri yanıtlar

Soru/Likert Ölçeği	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık**	**Çok sık**
	N %	N %	N %	N %	N %
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	15 4.6	41 12.7	94 29.1	100 31.0	73 22.6
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	30 9.3	82 25.4	101 31.3	58 18.0	52 16.1
29. Eğer bir kafe/ büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	40 12.4	105 32.5	80 24.8	49 15.2	49 15.2
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	62 19.2	93 28.8	90 27.9	44 13.6	34 10.5
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz? *	53 16.4	105 32.5	108 33.4	44 13.6	13 4.0
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	96 29.7	101 31.3	77 23.8	32 9.9	17 5.3
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	66 20.4	69 21.4	84 26.0	49 15.2	55 17.0

*Ters yanıtlı sorudur.
(n=323)

Beck depresyon ölçeğine bakıldığında, çalışmaya katılan bireylerin %33'ü (n=108) minimal düzeyde, %28'i (n=90) hafif düzeyde, %29'u (n=93) orta düzeyde ve %10'u (n=32) şiddetli düzeyde depresyona sahiptir. Ayrıca katılımcıların Beck depresyon ölçeğindeki puanlarının en düşük değeri 0, en yüksek değeri 44 ve toplam puanların ortalaması ise 15.0±9.8'dir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Katılımcıların Beck depresyon ölçeği skoru

BDÖ Sınıflaması	Sayı (n)		Yüzde (%)	
Minimal(0-9)	108		33.4	
Hafif (10-16)	90		27.9	
Orta (17-29)	93		28.8	
Şiddetli (30-63)	32		9.9	
Toplam	323		100.0	
	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart Sapma (SS)	En düşük	En yüksek
BDÖ Puanı	15.05	9.8	0	44

(n=323)

Aşağıda, Beck Depresyon Ölçeğindeki 21 sorunun her birine verilen yanıtların sayı ve yüzdeleri belirtilmiştir. Beck Depresyon ölçeğinde, depresyona ait davranış ve semptomlar birer cümle ile tanımlanmış ve her bir cümleye 0-3 arasında bir numara verilmiştir. Puanlamada, 0 puan belirtilmiş semptomun bireyde var olmadığını

gösterirken, tercih edilen yanıtın puanı arttıkça semptomun bireydeki şiddetinin de arttığı belirtilir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği sorularının puanlamaları

Soru*/Puanlama	0 Puan Sayı(n) Yüzde (%)	1 Puan Sayı(n) Yüzde (%)	2 Puan Sayı(n) Yüzde (%)	3 Puan Sayı(n) Yüzde (%)
1. Kendini üzgün hissetme	163 50.5	97 30.0	42 13.0	21 6.5
2. Gelecekten umutsuz olma	117 36.2	151 46.7	48 14.9	7 2.2
3. Kendini başarısız görme	205 63.5	61 18.9	47 14.6	10 3.1
4. Her şeyden zevk alma	76 23.5	175 54.2	44 13.6	28 8.7
5. Kendini suçlu hissetme	114 35.3	163 50.5	39 12.1	7 2.2
6. Cezalandırıldığını düşünme	198 61.3	83 25.7	9 2.8	33 10.2
7. Kendinden hoşnut olma	144 44.6	146 45.2	16 5.0	17 5.3
8. Kendini hatalı görme/ suçlama	126 39.0	144 44.6	41 12.7	12 3.7
9. Kendini öldürme isteği	253 78.3	54 16.7	14 4.3	2 0.6
10. Ağlama durumu/isteği	198 61.3	66 20.4	16 5.0	43 13.3
11. Sinirli olma	134 41.5	118 36.5	48 14.9	23 7.1
12. Diğer insanlara karşı ilgili olma	81 25.1	148 45.8	77 23.8	17 5.3
13. Karar verebilme/erteleme	122 37.8	123 38.1	66 20.4	12 3.7
14. Yaşlanma ve çekiciliği kaybetme hissi	213 65.9	79 24.5	13 4.0	18 5.6
15. İş yapabilme isteği	93 28.8	159 49.2	43 13.3	28 8.7
16. Rahat uyuyamama/erken uyanma	124 38.4	152 47.1	40 12.4	7 2.2
17. Çabuk yorulma/yorgun olma	110 34.1	118 36.5	69 21.4	26 8.0
18. İştahsızlık	233 72.0	67 20.7	18 5.6	5 1.5
19. Kilo kaybı yaşama	277 85.8	35 10.8	5 1.5	6 1.9
20. Sağlık sorunlarının varlığı	208 64.4	92 28.5	15 4.6	8 2.5
21. Cinselliğe ilgi duymama	196 60.7	47 14.6	65 20.1	15 4.6

*Tablo 4.16.'da yer alan soru sütunu, ölçekteki her bir sorunun tabloya uygun hale getirilmesi için yapılan kısaltmalardır, ölçekte yer alan cümlelerin orijinali EK-5'de yer almaktadır.

(n=323)

4.2. Hollanda Duygusal Yeme Anketi ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan gönüllü bireylerin duygusal yeme durumları ile depresyon şiddetleri arası ilişki incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme (p=0.4) ve dışsal yeme (p=0.1) ile depresyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, duygusal yeme ile depresyon şiddeti arası anlamlı bir ilişki varlığı tespit edilmiştir (p<0.05). Ortalamalara bakıldığında; Beck depresyon ölçeğine göre şiddetli depresyona sahip olan bireyler duygusal yeme (3.10±1.5) ve dışsal yeme (3.29±1.0) puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek ve orta düzeyde depresyona sahip bireyler ise kısıtlayıcı yeme (2.58±0.9) puan ortalaması en yüksek grup olarak bulunmuştur. Ayrıca minimal düzeyde depresyona sahip bireylerin, üç alt ölçekte de en düşük ortalamaya sahip grup oldukları görülmektedir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Katılımcıların Beck depresyon ölçeği ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Beck depresyon ölçeği sınıflandırılması	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Kısıtlayıcı yeme	Minimal	108	2.37±0.8	0.44
	Hafif	90	2.53±0.9	
	Orta	93	2.58±0.9	
	Şiddetli	32	2.44±0.8	
Duygusal yeme	Minimal	108	2.07±1.0	0.00
	Hafif	90	2.66±1.1	
	Orta	93	2.60±1.0	
	Şiddetli	32	3.10±1.5	
Dışsal yeme	Minimal	108	3.01±0.8	0.11
	Hafif	90	3.23±0.7	
	Orta	93	3.24±0.7	
	Şiddetli	32	3.29±1.0	

Kruskal Wallis testi

(n=323)

4.3. Sosyo-Demografik Özellikler ile Hollanda Duygusal Yeme Anketinin (DEB-Q) Karşılaştırılması

Katılımcıların Hollanda duygusal yeme anketi (DEB-Q) ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki cinsiyetin DEB-Q puan ortalamalarına göre, kadınların kısıtlayıcı yeme (2.57±0.8), duygusal yeme (2.65±1.2) ve dışsal yeme (3.22±0.7) puan ortalamaları, erkeklerin kısıtlayıcı yeme (2.23±0.8), duygusal yeme (2.0±0.9) ve dışsal yeme (2.99±0.8) puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Katılımcıların cinsiyet ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Cinsiyet	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Kısıtlayıcı yeme	Kadın	242	2.57±0.8	0.00
	Erkek	81	2.23±0.8	
Duygusal yeme	Kadın	242	2.65±1.2	0.00
	Erkek	81	2.0±0.9	
Dışsal yeme	Kadın	242	3.22±0.7	0.04
	Erkek	81	2.99±0.8	

Mann-Whitney U testi

(n=323)

Katılımcıların yaş aralıkları 18 ile 42 aralığında değişmektedir. Bireylerin yaşları 18-24 ve 25-42 olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş aralıkları ile duygusal yeme ölçeği arası ilişkilerine bakıldığında; kısıtlayıcı yeme ($p=0.42$) ve dışsal yeme ($p=0.92$) ile hiçbir yaş aralığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunların haricinde duygusal yeme ile yaş aralıkları arası anlamlı bir ilişki varlığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Her iki yaş grubunun DEB-Q puan ortalamalarına göre; 18-24 yaş aralığının kısıtlayıcı yeme (2.46±0.9) ve dışsal yeme (3.18±0.8) puan ortalamaları, 25-42 yaş aralığının kısıtlayıcı yeme (2.53±0.8) ve dışsal yeme (3.14±0.8) puan ortalamalarının arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun yanı sıra 18-24 yaş grubunun duygusal yeme (2.58±1.1) puan ortalaması ile 25-42 yaş grubunun duygusal yeme (2.31±1.1) puan ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Katılımcıların yaş grupları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Yaş grup	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Kısıtlayıcı yeme	18-24	214	2.46±0.9	0.42
	25-42	109	2.53±0.8	
Duygusal yeme	18-24	214	2.58±1.1	0.03
	25-42	109	2.31±1.1	
Dışsal yeme	18-24	214	3.18±0.8	0.92
	25-42	109	3.14±0.8	

Mann-Whitney U testi

(n=323)

Katılımcıların sigara kullanım durumu ile kısıtlayıcı yeme arasında anlamlı bir ilişki söz konusuyken ($p<0.05$); duygusal yeme ($p=0.2$) ve dışsal yeme ($p=0.05$) ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ortalamalara bakıldığında; sigara kullanan bireyler kısıtlayıcı yeme (2.56±0.8), duygusal yeme (2.42±1.1) ve dışsal yeme (3.09±0.7) puan ortalamasına sahipken; sigara kullanımı olmayan bireylerin kısıtlayıcı yeme (2.34±0.8), duygusal yeme (2.62±1.2) ve dışsal yeme (3.31±0.8) puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Katılımcıların sigara kullanımları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Sigara kullanımı	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Kısıtlayıcı yeme	Hayır	212	2.56±0.8	0.04
	Evet	111	2.34±0.8	
Duygusal yeme	Hayır	212	2.42±1.1	0.20
	Evet	111	2.62±1.2	
Dışsal yeme	Hayır	212	3.09±0.7	0.05
	Evet	111	3.31±0.8	

Mann-Whitney U testi

(n=323)

Çalışmaya katılan bireylerin alkol tüketimi ile duygusal yeme ilişkilerine bakıldığında; kısıtlayıcı yeme ile aralarında anlamlı bir ilişki varlığı görülmektedir ($p<0.05$), ancak duygusal yeme ($p=0.2$) ve dışsal yeme ($p=0.7$) ile aralarında anlamlı

bir ilişki yoktur. Ortalamalara bakıldığında; alkol kullanan bireyler kısıtlayıcı yeme (2.56±0.9), duygusal yeme (2.43±1.1) ve dışsal yeme (3.14±0.7) puan ortalamasına sahipken; sigara kullanımı olmayan bireylerin kısıtlayıcı yeme (2.33±0.8), duygusal yeme (2.59±1.2) ve dışsal yeme (3.21±0.8) puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Katılımcıların alkol kullanımları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Alkol kullanımı	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Kısıtlayıcı yeme	Hayır	212	2.56±0.9	0.04
	Evet	111	2.33±0.8	
Duygusal yeme	Hayır	212	2.43±1.1	0.20
	Evet	111	2.59±1.1	
Dışsal yeme	Hayır	212	3.14±0.7	0.71
	Evet	111	3.21±0.8	

Mann-Whitney U testi

(n=323)

Çalışmaya katılan gönüllü bireylerin kendilerini zayıf, normal, kilolu veya çok kilolu bulma durumları ile duygusal yeme ölçeği arası ilişkiye bakıldığında; kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme ile anlamlı bir ilişki olduğu görülürken ($p<0.05$), dışsal yeme ($p=0.07$) ile anlamlı bir ilişki yoktur. Kendini çok kilolu gören bireylerin duygusal yeme (3.62±1.1) puan ortalaması diğer kategorilerdeki bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun dışında kendini kilolu bulan bireylerin ise kısıtlayıcı yeme (2.83±0.9) puan ortalaması ise yine bu seçenek harici bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kendini zayıf bulan bireylerin ise her üç alt ölçekte de en düşük puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Katılımcıların kendi kilo durumlarını değerlendirmeleri ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Kendini nasıl kabul ediyor?	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Kısıtlayıcı yeme	Çok kilolu	18	2.66±0.7	0.00
	Kilolu	97	2.83±0.9	
	Normal	185	2.41±0.8	
	Zayıf	23	1.46±0.5	

Tablo 4.22. (devam) Katılımcıların kendi kilo durumlarını değerlendirmeleri ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Kendini nasıl kabul ediyor?	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Duygusal yeme	Çok kilolu	18	3.62±1.1	0.00
	Kilolu	97	2.70±1.1	
	Normal	185	2.34±1.1	
	Zayıf	23	1.89±0.8	
Dışsal yeme	Çok kilolu	18	3.60±0.8	0.07
	Kilolu	97	3.21±0.7	
	Normal	185	3.13±0.8	
	Zayıf	23	2.93±0.8	

Kruskal Wallis testi

(n=323)

Katılımcıların kilolarından memnun olma durumu ile duygusal yeme ölçeği arası ilişkiye bakıldığında; kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$), ancak dışsal yeme ($p=0.2$) ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kilolarından memnun olmayan bireylerin kısıtlayıcı yeme (2.75±0.8) ve duygusal yeme (2.74±1.1) puan ortalamaları, kilolarından memnun olduğunu belirten bireylerin kısıtlayıcı yeme (2.16±0.8) ve duygusal yeme (2.18±1.0) puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Katılımcıların kilolarından memnun olma durumları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Kilodan memnuniyet	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Kısıtlayıcı yeme	Hayır	177	2.75±0.8	0.00
	Evet	146	2.16±0.8	
Duygusal yeme	Hayır	177	2.74±1.1	0.00
	Evet	146	2.18±1.0	
Dışsal yeme	Hayır	177	3.22±0.7	0.24
	Evet	146	3.10±0.8	

Mann-Whitney U testi

(n=323)

Çalışmaya katılan bireylerin kilo verme girişimleri ile duygusal yeme ölçeği arası ilişkiye bakıldığında; kilo verme girişimi ile kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme

arasında anlamlı bir ilişki varken (p<0.05), kilo verme girişimi ile dışsal yeme (p=0.11) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kilo vermeye çalışıyorum seçeneğini işaretleyen bireylerin DEB-Q ölçeğinde kısıtlayıcı yeme (3.04±0.7) ve duygusal yeme (2.84±1.1) puan ortalamaları, diğer seçenekleri işaretleyen bireylerin DEB-Q ölçeği puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Katılımcıların kilo verme girişimleri ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	Kilo verme girişimi	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	p
Kısıtlayıcı yeme	Kilo vermeye çalışıyorum	127	3.04.±0.7	0.00
	Kilomu korumaya çalışıyorum	78	2.55±0.7	
	Kilomla ilgili bir şey yapmıyorum	118	1.84±0.6	
Duygusal yeme	Kilo vermeye çalışıyorum	127	2.84±1.1	0.00
	Kilomu korumaya çalışıyorum	78	2.21±1.1	
	Kilomla ilgili bir şey yapmıyorum	118	2.29±1.1	
Dışsal yeme	Kilo vermeye çalışıyorum	127	3.26±0.7	0.11
	Kilomu korumaya çalışıyorum	78	3.01±0.7	
	Kilomla ilgili bir şey yapmıyorum	118	3.16±0.9	

Kruskal Wallis testi

(n=323)

Çalışmaya katılan gönüllü bireylerin BKI durumları ile kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme (p<0.05) arasında anlamlı bir ilişki bulunurken; BKI ile dışsal yeme (p=0.9) arasında anlamlı bir ilişki varlığı gözlemlenmemiştir. Hollanda yeme ölçeği verileri normal dağılıma uygun olmadığı için kullanılmıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Katılımcıların BKİ grupları ve DEB-Q alt ölçek skorları arası ilişki

	BKİ grup	Sayı (n)	$\bar{X}$±SS	P
Kısıtlayıcı yeme	Zayıf	22	1.50±0.4	0.00
	Normal	221	2.53±0.8	
	Hafif kilolu ve obez	80	2.63±0.8	
Duygusal yeme	Zayıf	22	2.04±1.1	0.04
	Normal	221	2.46±1.1	
	Hafif kilolu ve obez	80	2.69±1.1	
Dışsal yeme	Zayıf	22	3.27±0.8	0.90
	Normal	221	3.16±0.8	
	Hafif kilolu ve obez	80	3.14±0.8	

Kruskal Wallis testi

(n=323)

4.4. Sosyo-Demografik Özellikler ile Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan gönüllülerin cinsiyetleri ile Beck depresyon ölçeği arasındaki ilişki anlamlı değildir (p=0.1). Beck depresyon düzeylerine bakıldığında; cinsiyetler kendi içinde değerlendirildiklerinde şiddetli depresyon yüzdesi her iki cinsiyette de eşit olduğu görülmektedir (%9.9) (Tablo 4.26).

Katılımcıların yaş grupları ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Beck depresyon düzeylerine bakıldığında; 18-24 yaş arasındaki bireylerin toplamda yaklaşık %40'ı orta ve şiddetli düzeyde yer alırken, 25-42 yaş aralığında bu oran yaklaşık %35'tir. Bunun dışında 25-42 yaş aralığındaki bireylerin yaklaşık %43'ü minimal düzeyde depresyona sahipken, bu oran 18-24 yaş aralığında yaklaşık %28 olarak bulunmuştur (Tablo 4.27).

Tablo 4.26. Katılımcıların cinsiyet ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Cinsiyet		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Kadın	N (%)	72 (22.3)	72 (22.3)	74 (22.9)	24 (7.4)	242 (74.9)	0.1
	Grup içi yüzde(%)	29.8	29.8	30.6	9.9	100.0	
Erkek	N (%)	36 (11.1)	18 (5,6)	19 (5.9)	8 (2.5)	81 (25.1)	
	Grup içi yüzde(%)	44.4	22.2	23.5	9.9	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Tablo 4.27. Katılımcıların yaş grupları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Yaş grupları		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
18-24 yaş	N (%)	61 (18.9)	67 (20.7)	63 (19.5)	23 (7.1)	214 (66.3)	0.04
	Grup içi yüzde(%)	28.5	31.3	29.4	10.7	100.0	
25-42 yaş	N (%)	47 (14.6)	23 (7.1)	30 (9.3)	9 (2.8)	109 (33.7)	
	Grup içi yüzde(%)	43.1	21.1	27.5	8.3	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Katılımcıların medeni durumları ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Beck depresyon düzeyi incelendiğinde; bekar bireylerde orta ve şiddetli düzeyde depresyona sahip bireylerin oranı yaklaşık %40 iken, evli bireylerde bu oran yaklaşık %17'dir. Yine aynı doğrultuda, evli bireylerde minimal düzeyde depresyona sahip olma durumu en yüksek oranda olup, bu oran yaklaşık %60 olarak bulunmuştur (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Katılımcıların medeni durumları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Medeni durum		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Bekar	N (%)	94 (29.1)	85 (26.3)	91 (28.2)	30 (9.3)	300 (92.9)	0.02
	Grup içi yüzde (%)	31.3	28.3	30.3	10.0	100.0	
Evli	N (%)	14 (4.3)	5 (1.5)	2 (0.6)	2 (0.6)	23 (7.1)	
	Grup içi yüzde (%)	60.9	21.7	8.7	8.7	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Katılımcıların öğrenim gördükleri üniversite türü ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0.60). Beck depresyon düzeyi incelendiğinde; depresyon düzeyleri arasında şiddetli düzeyde depresyona sahip olma oranlarının her iki üniversite türünde öğrenim gören bireylerin en düşük orana sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca Beck deprsyon düzeyleri arasında iki grupta da büyük farklılıkların olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Katılımcıların öğrenim gördükleri üniversite türleri ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Üniversite türü		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Devlet üniversitesi	N (%)	83 (25.7)	63 (19.5)	72 (22.3)	25 (7.7)	243 (75.2)	0.60
	Grup içi yüzde (%)	34.2	25.9	29.6	10.3	100.0	
Vakıf üniversitesi	N (%)	25 (7.7)	27 (8.4)	21 (6.5)	7 (2.2)	80 (24.8)	
	Grup içi yüzde (%)	31.3	33.8	36.3	8.8	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Katılımcıların yükseköğretim düzeyi ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0.06). Beck depresyon düzeyi incelendiğinde; depresyon düzeyleri arasında şiddetli düzeyde depresyona sahip olma oranlarının her iki yükseköğretim düzeyi grubundaki bireylerde de en düşük orana sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Katılımcıların yükseköğretim düzeyi ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Yükseköğretim düzeyi		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Önlisans/ Lisans	N (%)	66 (20.4)	67 (20.7)	71 (22.0)	24 (7.4)	228 (70.6)	0.06
	Grup içi yüzde (%)	28.9	29.4	31.1	10.5	100.0	
Lisansüstü	N (%)	42 (13.0)	23 (7.1)	22 (6.8)	8 (2.5)	95 (29.4)	
	Grup içi yüzde (%)	44.2	24.2	23.2	8.4	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Katılımcıların sigara kullanma durumları ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Beck depresyon düzeyi incelendiğinde; sigara içen bireylerde şiddetli düzeyde depresyona sahip bireylerin oranı yaklaşık %17 iken, sigara içmeyenlerde bu oran yaklaşık %6'dır. Yine aynı doğrultuda, sigara içen bireylerde minimal düzeyde depresyona sahip olanların oranı yaklaşık %26 ve içmeyenlerin oranı ise yaklaşık %37 olarak bulunmuştur (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Katılımcıların sigara kullanımları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Sigara kullanımı		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Hayır	N (%)	79 (24.5)	65 (20.1)	55 (17.0)	13 (4.0)	212 (65.6)	0.00
	Grup içi yüzde (%)	37.3	30.7	25.9	6.1	100.0	
Evet	N (%)	29 (9.0)	25 (7.7)	38 (11.8)	19 (5.9)	111 (34.4)	
	Grup içi yüzde (%)	26.1	22.5	34.2	17.1	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Katılımcıların alkol kullanma durumları ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0.67). Beck depresyon düzeyi incelendiğinde; alkol kullanan bireylerde şiddetli düzeyde depresyona sahip bireylerin oranı yaklaşık %12 iken, alkol kullanmayanlarda bu oran %9'dur. Ayrıca, minimal düzeyde depresyona sahip olanların oranı her iki grupta da (alkol kullanan ve kullanmayan) yaklaşık olarak %33'tür (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Katılımcıların alkol kullanımları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Alkol kullanımı		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Hayır	N (%)	71 (22.0)	63 (19.5)	59 (18.3)	19 (5.9)	212 (65.6)	0.67
	Grup içi yüzde (%)	33.5	29.7	27.8	9.0	100.0	
Evet	N (%)	37 (11.5)	27 (8.4)	34 (10.5)	13 (4.0)	111 (34.4)	
	Grup içi yüzde (%)	33.3	24.3	30.6	11.7	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Katılımcıların kendi kilolarını nasıl gördükleri ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05). Beck depresyon düzeylerine bakıldığında; kendilerini çok kilolu gören bireylerin %50'si şiddetli düzeyde depresyona sahipken, bu oran kilolu görenlerde yaklaşık %6, normal gören bireylerde %7 ve zayıf görenlerde ise yaklaşık %17 olarak bulunmuştur. Bunun haricinde kendini normal kiloda gören bireylerin yaklaşık %42'si minimal düzeyde depresyona sahipken, yine bu oran kilolu görenlerde yaklaşık %26, çok kilolu görenlerde yaklaşık %11 ve zayıf görenlerde ise %13'tür (Tablo 4.33).

Katılımcıların kilolarından memnuniyet durumları ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Beck depresyon düzeyleri incelendiğinde; kilolarından memnun olan bireylerin yaklaşık %6'sı şiddetli düzeyde depresyona sahipken, bu oran kilolarından memnun olmayan bireylerde %13'tür.

Ayrıca kilolarından memnun olan bireylerin yaklaşık %45'i minimal depresyon düzeyine sahipken, yine bu oran kilolarından memnun olmayanlarda yaklaşık %24 olarak bulunmuştur (Tablo 4.34).

Tablo 4.33. Katılımcıların kendi kilo durumlarını değerlendirmeleri ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Kendini nasıl kabul ediyor?		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Çok kilolu	N (%)	2 (0.6)	2 (0.6)	5 (1.5)	9 (2.8)	18 (5.6)	0.00
	Grup içi yüzde (%)	11.1	11.1	27.8	50.0	100.0	
Kilolu	N (%)	25 (7.7)	28 (8.7)	38 (11.8)	6 (1.9)	97 (30.0)	
	Grup içi yüzde (%)	25.8	28.9	39.2	6.2	100.0	
Normal	N (%)	78 (24.1)	52 (16.1)	42 (13.0)	13 (4.0)	185 (57.3)	
	Grup içi yüzde (%)	42.2	28.1	22.7	7.0	100.0	
Zayıf	N (%)	3 (0.9)	8 (2.5)	8 (2.5)	4 (1.2)	23 (7.1)	
	Grup içi yüzde (%)	13.0	34.8	34.8	17.4	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Tablo 4.34. Katılımcıların kilolarından memnun olma durumları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Kilodan memnuniyet durumu		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Hayır	N (%)	43 (13.3)	47 (14.6)	64 (19.8)	23 (7.1)	177 (54.8)	0.00
	Grup içi yüzde (%)	24.3	26.6	36.2	13.0	100.0	
Evet	N (%)	65 (20.1)	43 (13.3)	29 (9.0)	9 (2.8)	146 (45.2)	
	Grup içi yüzde (%)	44.5	29.5	19.9	6.2	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Çalışmaya katılan bireylerin beden kütle indeksleri ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Beck depresyon düzeyleri incelendiğinde; hafif kilolu ve obez gruptaki bireylerin yaklaşık olarak %50'si orta ve şiddetli depresyon düzeyine sahipken, bu oran normal grupta yaklaşık %34 ve zayıf grupta is %31 olarak bulunmuştur (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. Katılımcıların BKİ grupları ve Beck depresyon ölçeği skorları

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
BKİ grupları		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Zayıf	N (%)	8 (2.5)	7 (2.2)	3 (0.9)	4 (1.2)	22 (6.8)	0.04
	Grup içi yüzde (%)	36.4	31.8	13.6	18.2	100.0	
Normal	N (%)	74 (22.9)	70 (21.7)	60 (18.6)	17 (5.3)	221 (68.4)	
	Grup içi yüzde (%)	33.5	31.7	27.1	7.7	100.0	
Hafif kilolu ve obez	N (%)	26 (8.0)	13 (4.0)	30 (9.3)	11 (3.4)	80 (24.8)	
	Grup içi yüzde (%)	32.5	16.3	37.5	13.8	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Katılımcıların psikolojik destek alma durumu ile Beck depresyon ölçeği arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır (p=0.35). Beck depresyon düzeyi incelendiğinde; psikolojik destek almayan bireylerin yaklaşık %10'u şiddetli depresyon düzeyine sahipken, bu oran psikolojik destek alan bireylerde yaklaşık %17 ve daha önce psikolojik destek alanlarda ise yaklaşık %7 olarak bulunmuştur (Tablo 4.36).

Çalışmaya katılan gönüllü bireylerin uyku düzenleri ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Beck depresyon düzeyi incelendiğinde; düzenli uykuya sahip bireylerin yaklaşık %45'i minimal düzeyde depresyona sahipken, bu oran düzenli uykuya sahip olmayan bireylerde yaklaşık %21 olarak bulunmuştur (Tablo 4.37).

Tablo 4.36. Katılımcıların psikolojik destek alma durumları ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Psikolojik destek		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Hayır	N (%)	93 (28.8)	75 (23.2)	71 (22.0)	26 (8.0)	265 (82.0)	0.35
	Grup içi yüzde (%)	35.1	28.3	26.8	9.8	100.0	
Evet	N (%)	2 (0.6)	6 (1.9)	7 (2.2)	3 (0.9)	18 (5.6)	
	Grup içi yüzde (%)	11.1	33.3	38.9	16.7	100.0	
Daha önce aldım	N (%)	13 (4.0)	9 (2.8)	15 (4.6)	3 (0.9)	40 (12.4)	
	Grup içi yüzde (%)	32.5	22.5	37.5	7.5	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Tablo 4.37. Katılımcıların uyku düzenleri ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Düzenli uyku		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Hayır	N (%)	34 (10.5)	50 (15.5)	56 (17.3)	20 (6.2)	160 (49.5)	0.00
	Grup içi yüzde (%)	21.3	31.3	35.0	12.5	100.0	
Evet	N (%)	74 (22.9)	40 (12.4)	37 (11.5)	12 (3.7)	163 (50.5)	
	Grup içi yüzde (%)	45.4	24.5	22.7	7.4	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Çalışmaya katılan gönüllülerin haftalık yürüyüş süreleri ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Beck depresyon düzeylerine bakıldığında; hiç yürüyüş yapmayan bireylerin yaklaşık %20'si şiddetli depresyon düzeyine sahipken, bu oran 90 dakikadan az yürüyüş yapan grupta yaklaşık %11, 91-

200 dakika yürüyüş yapanlarda yaklaşık %2 ve 200 dakikadan fazla yürüyüş yapanlarda %4 olarak bulunmuştur. Ayrıca yine aynı doğrultuda, minimal düzeyde depresyon oranı 200 dakikadan fazla yürüyüş yapan bireylerde %54 iken, bu oran 91-200 dakika yürüyüş yapanlarda yaklaşık %35, 90 dakikadan az yürüyüş yapanlarda yaklaşık %28 ve hiç yürüyüş yapmayanlarda ise yaklaşık %26 olarak bulunmuştur (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Katılımcıların haftalık yürüyüş süreleri ve Beck depresyon ölçeği skorları arası ilişki

		Beck Depresyon Düzeyi				Toplam	p
Haftalık yürüyüş süresi (dk)		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli		
Hiç	N (%)	19 (5.9)	19 (5.9)	19 (5.9)	15 (4.6)	72 (22.3)	0.00
	Grup içi yüzde (%)	26.4	26.4	26.4	20.8	100.0	
90 dakikadan az	N (%)	33 (10.2)	36 (11.1)	37 (11.5)	13 (4.0)	119 (36.8)	
	Grup içi yüzde (%)	27.7	30.3	31.1	10.9	100.0	
91-200 dk.	N (%)	29 (9.0)	29 (9.0)	22 (6.8)	2 (0.6)	82 (25.4)	
	Grup içi yüzde (%)	35.4	35.4	26.8	2.4	100.0	
201 dakikadan fazla	N (%)	27 (8.4)	6 (1.9)	15 (4.6)	2 (0.6)	50 (15.5)	
	Grup içi yüzde (%)	54.0	12.0	30.0	4.0	100.0	
Toplam	N (%)	108 (33.4)	90 (27.9)	93 (28.8)	32 (9.9)	323 (100.0)	

Ki kare testi

(n=323)

Bireylerde yaş ile duygusal yeme arasında negatif yönlü bir korelasyon görülmektedir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=-0.116 p=0.037). Bunun dışsal yeme ile negatif yönlü bir korelasyon vardır, fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (r=-0.005 p=0.929). Katılımcıların yaşları ile BDÖ arasında negatif yönlü bir korelasyon görülmekle beraber, bu ilişki istatistiksel olarak anlamsız bir korelasyondur (r=-0.106 p=0.056) (Tablo 4.39).

Çalışmaya katılan bireylerde BKI arttıkça kısıtlayıcı yeme puanı artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.196 p=0.000). Yine katılımcılarda BKİ arttıkça duygusal yeme de artmaktadır. Bu ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.130 p=0.019). Bireylerin BKİ değerleri ile BDÖ arasında pozitif yönde bir korelasyon görülmekle birlikte, bu ilişki istatistiksel anlamda önemsiz bir korelasyon olarak bulunmuştur (r=0.086 p=0.122) (Tablo 4.39).

Katılımcıların haftalık yürüyüş süreleri ile BDÖ arasında negatif yönlü bir korelasyon vardır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (r=-0.198 p=0.000). Bireylerin duygusal yeme ve dışsal yeme puanları ile haftalık yürüyüş süreleri arasında negatif yönlü bir korelasyon vardır ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla; r=-0.049 p=0.382 ve r=-0.022 p=0.697) (Tablo 4.39).

Tablo 4.39. Katılımcıların yaş, BKI ve haftalık yürüyüş sürelerine göre DEBQ ve BDÖ arasındaki ilişki

	Yaş grup		BKI grup		Yürüyüş süreleri		Toplam
	r	p	r	p	r	p	
Kısıtlayıcı yeme	0.045	0.423	0.196	0.000**	0.047	0.397	323
Duygusal yeme	-0.116	0.037*	0.130	0.019*	-0.049	0.382	323
Dışsal yeme	-0.005	0.929	-0.019	0.737	-0.022	0.697	323
BDÖ	-0.106	0.056	0.086	0.122	-0.198	0.000**	323

Spearman korelasyonu, p<0.01** ve p<0.05*
(n=323)

5. TARTIŞMA

Bu bölümde analizler sonucunda elde edilen bulgular, literatürdeki araştırmaların bulgularıyla karşılaştırılacak ve ayrıca araştırmanın sınırlılıkları ile yeni araştırmalar için önerilere yer verilecektir.

Bu çalışma, Ankara'daki üniversite öğrencilerinde (ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora) duygusal yeme ile depresyon arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla Kasım 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya toplamda 323 öğrenci gönüllü olarak katılmıştır.

5.1. Bireylerin Genel Özellikleri ve Alışkanlıkları

5.1.1. Bireylerin BKİ durumları

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2016 yılında yetişkinlerin %39'u aşırı kilolu, %13'ü obezdir. Obezite, 1975'ten bu yana dünya genelinde hemen hemen üç kat artmıştır (128). Genel olarak değerlendirildiğinde dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de obezite yaygınlığı artış göstermektedir (129). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) verilerine göre, Türkiye'de obezite sıklığı %32 olarak bildirilmiştir. Erkeklerde fazla kilolu, kadınlarda ise obez olma durumunun yaygın olduğu bildirilmiştir. TURDEP-II çalışmasında, TURDEP-I'e göre; Türkiye'de 12 yılda obezite sıklığı %44 oranında artmıştır (130). Bunların yanı sıra, Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında %28.6; Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması'nda çalışmasında %36.2 olarak bulunmuştur. Türkiye Erişkin Kalp Sağlığı ve Hipertansiyon Araştırması ve Risk Faktörleri (TOHTA) çalışmasında ise %25.2 olarak ortaya koyulmuştur (131). Yine TOHTA çalışmasına göre yetişkin kadınlarda şişmanlık görülme sıklığı %35.4 olarak saptanmış ve erkeklere göre şişmanlık riskinin 1.8 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (132). Bu çalışmadaki katılımcıların beden kütle indekslerine bakıldığında ise, yaklaşık %18'inin hafif kilolu ve %7'sinin de obez kategorisinde yer aldığı görülmüştür. Ayrıca kadınlarda hafif kilolu oranı %12.4 ve obez oranı %5.0 iken, erkeklerde bu oranlar hafif kilolu %33.3 ve obez %13.6 olarak bulunmuştur (bkz. Tablo 4.7). Bu çalışmaya

katılan öğrencilerden her iki cinsiyetin de obez kategorideki oranları, ülkemiz ortalamalarına kıyasla çok düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca yine Türkiye'deki oranların aksine hafif kilolu ve obez kategorisinde, erkek bireylerin yüzdesinin kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun sebebinin çalışmaya katılan erkek öğrencilerin kadın öğrencilere kıyasla düzensiz beslenme ve fast food tüketimlerinin daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

5.1.2. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Durumları

Türkiye günümüzde, en büyük tütün üreticisi ve sigara tüketicisi ülkelerden biridir (133). Son araştırmalara göre dünyada 15 yaş üstü 1.2 milyar insan sigara kullanmaktadır ve bu miktar da her üç yetişkinden birinin sigara kullandığı anlamına gelmektedir (133, 134). Türkiye'de alkollü içecek ve tütün ürünleri kullanan kişi sayısına yönelik net bir veri bulunmamaktadır. Alkollü içecekler ve tütün ürünleri kullanıcılarının ana kitle büyüklüğünün belirlenmesinde Türkiye İstatistik Kurumunun 2017 yılı nüfus sayımı ve Türkiye'de yetişkin erkekleri %37.3'ü ve yetişkin kadınların %10.7'sinin sigara kullandığını belirtilen İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı'nın (OECD) "Health at a Glance 2015" raporundan yararlanılarak yapılan hesaplama sonrasında tütün ürünleri kullanan kişi sayısının 20 milyona yakın olduğu tahmin edilmiştir (135). Alkol kullanımının incelendiği, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun verilerine göre; kadınların alkol kullanma oranı %3.3, erkek bireylerde bu oran %17.1 olarak belirlenmiştir. 15-24 yaş grubunda alkol kullananların oranı %9.2 iken, bu oran, 25 yaş ve üstünde %0.5 olarak ifade edilmektedir (BAAK, 2003) (136). Literatüre bakıldığında, 2018 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesinden 2000 öğrencinin katıldığı bir çalışmada, araştırmaya katılanların %49.5'inin alkol kullandığı bulunmuştur (137). Yine üniversite öğrencilerin üzerinde yapılan, riskli davranışların yaygınlığı ve riskli davranışların madde kullanımı ile ilişkisinin araştırıldığı kesitsel bir çalışmada (2973 kişi), sigara içenlerin oranı %35.8 ve alkol kullananların oranı ise %62.4 bulunmuştur (138). Yine bir çalışmada, Ankara Üniversitesi Mühendislik Fakültesinde okuyan toplamda 450 üniversite öğrencisi katılmış ve öğrencilerin %34.0'ı sigara kullanırken, %44.7'si alkol kullandığı belirlenmiştir (139). Diğer bir çalışmada, depresyon ve duygusal yeme durumu araştırılmış ve araştırmaya katılan 353 öğrenciden, %24.4'ünün sigara ve %23.3'ünün alkol tükettikleri belirlenmiştir (140). Bu çalışmaya katılan bireylerin ise %34'ü sigara içtiklerini belirtmişlerdir.

Alkol tüketimi sorusuna ise katılımcıların yine %34'ü evet yanıtını vermişlerdir (bkz. Tablo 4.2). Literatüre kıyasla bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edildiği söylenebilir.

5.1.3. Bireylerin Hollanda Yeme Davranışı Anketi Puan Durumları

Hollanda yeme davranışı anketinin kullanıldığı çalışmalara bakıldığında; Ankara Üniversitesi Mühendislik Fakültesinde okuyan 235 kadın ve 215 erkekten oluşan toplam 450 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, kısıtlayıcı yeme 2.30±0.88, duygusal yeme 2.25±1.00 ve dışsal yeme 3.02±0.82 olarak bulunmuştur (139). Yine 269 katılımcının olduğu başka bir çalışmada; DEB-Q yeme davranışı kısıtlayıcı yeme puan ortalaması (3.09±0.75); duygusal yeme puan ortalaması (2.01±.99) ve dışsal yeme puan ortalamasının (2.28±.93) olduğu görülmektedir (141). 2019 yılında 200 öğrenci üzerinde yapılan bir başka araştırmada, duygusal yeme ortalaması 2.21±0.87 iken, kısıtlayıcı yeme ortalaması 2.26±0.84 ve dışsal yeme ortalaması 2.81±0.72 olarak bulunmuştur (142). Yine üniversite öğrencilerinin katıldığı bir çalışmada, duygusal yeme puan ortalaması 2.34±0.90, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme puan ortalamaları ise sırasıyla 2.15±0.73 ve 2.92±0.61 olarak tespit edilmiştir (143). Bu çalışmaya katılan gönüllü bireylerin Hollanda duygusal yeme davranışı anketinin sonuçlarına göre, katılımcıların kısıtlayıcı yeme puan ortalaması 2.48±0.8; duygusal yeme puan ortalaması 2.49±1.1 ve dışsal yeme puan ortalaması ise 3.17±1.3 olarak bulunmuştur (bkz. Tablo 4.13). Bu çalışmadaki puan ortalamaları genel olarak literatürdeki çalışmaların az da olsa üzerinde bulunmuştur, bu durumun Covid-19 nedeniyle insanların çoğunlukla evde vakitlerini geçirmesi ve duygu durumundan kaynaklı yeme durumunda değişim olmasına bağlıyoruz.

5.1.4. Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Puan Durumları

Beck Depresyon ölçeğiyle depresyon seviyesinin ölçüldüğü çalışmalar incelendiğinde; 1080 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin BDÖ puan ortalaması 11.46±10.30 olarak bulunmuştur. Gönüllülerin %51.6'sı 0-9 arası puan (minimal düzey), %22.3'ü 10-16 arası puan (hafif düzey), %18.7'si 17-29 arası puan (orta düzey) ve %7.4'ü 30-63 arası puan (şiddetli düzey) almıştır (144). Yine üniversite öğrencilerinden oluşan 698

katılımcının incelendiği bir çalışmada, katılımcıların BDÖ formu ile değerlendirilmesi sonucu %34.5'i 18 puan ve üstü, %65.5'i 0-17 puan olarak bulunmuştur (145). Toplamda 897 öğrencinin katıldığı başka bir çalışmada, gönüllülerin %26.3'ü erkek, %73.7'si kadındır. Bununla birlikte öğrencilerin %15.1'inde depresyon puanı 17'nin üzerinde bulunmuştur. Ayrıca tüm öğrencilerde ortalama depresyon puanı 10.0±8.4'dür (146). Toplamda 455 üniversite öğrencisinin katıldığı başka bir çalışmada, minimal düzeyde %37.9 hafif düzeyde %36.8 orta düzeyde %20.8 ve şiddetli düzeydeki bireylerin oranı %4.5 olarak bulunmuştur (147). Yine depresyon düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmaya üniversite öğrencisi dahil edilmiş ve Beck depresyon ölçüm sonuçları ortalamaları ise 16.03±7.94 olarak belirlenmiştir (148). Başka bir araştırmada, 592 kız ve 588 erkek olmak üzere toplamda 1180 öğrenciye ulaşılmış ve öğrencilerin %20.5'inin 17 ve üzeri BDÖ puanına sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca Beck Depresyon Ölçek puan ortalaması da 11.99±7.22 olarak saptanmıştır (149). Depresyon ve duygusal yemenin araştırıldığı bir çalışmaya katılan 353 öğrencinin BDÖ puan ortalamaları 13.5±8.8'dir ve bu değer hafif düzeyde depresyon belirtisini ifade etmektedir. Bunun dışında %40.5'inin depresif olmadığı, %36'sının hafif, %15.8'inin orta, %7.6'sının ağır depresif belirti gösterdikleri saptanmıştır (140). Üniversite öğrencilerinde Depresif Belirti, Yalnızlık ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin Sosyo-demografik Özelliklerle Birlikte İncelenmesi üzerine yapılan 2600 öğrencinin katıldığı bir çalışmada BDÖ puan ortalaması 13.6±9.7 olarak bulunmuştur (150). Yine 318 öğrencinin katıldığı başka bir çalışmada, %28'inin BDÖ skoru 17 ve üzerinde bulunmuştur (151). Bu çalışmaya katılan bireylerin BDÖ puan ortalaması 15.0±9.8 olarak bulunmuştur. Ayrıca BDÖ sınıflandırmasına göre katılımcıların yaklaşık %10'u şiddetli, %29'u orta, %28'i hafif ve %33'ü minimal düzeyde depresyona sahip olduğu görülmüştür (bkz. Tablo 4.15). Literatüre kıyasla BDÖ ortalaması ve orta-şiddetli depresyona sahip olma durumu bu çalışmada kısmen daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin çalışmanın Covid-19 döneminde yapılmış olması olarak görüyoruz.

5.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Beck Depresyon Ölçeği ile Diğer Değişkenlerin Kıyaslanması

5.2.1. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Beck Depresyon Ölçeği

Olumsuz duygulardaki artışın, geçici bir dikkat dağıtma veya duygusal bir rahatlık hissi sağlayarak olumsuz duyguları azaltma girişimi olarak işlev gören duygusal yemeyi tetiklediğini öne sürülmektedir. Bununla birlikte, yemek yemeden kaynaklanan bu anlık rahatlama hissi, bireyin uzun vadede olumsuz duygularla başa çıkmak için etkin stratejiler öğrenme ve uygulama becerisine müdahale eder ve bu da döngüyü daha da devam ettirebilir. Bu sebeple, duygusal yeme, bireylerin kısa ve uzun vadeli sağlığı için depresyon ve kilo alımı gibi olumsuz sonuçlara sahiptir (69). Pidgeon ve arkadaşları, depresyonun duygusal yeme davranışıyla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu ve daha yüksek depresyonun duygusal yeme davranışını artırdığını belirtmişlerdir (152). Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin incelendiği bir araştırmada, araştırma sonucunda öngörülen bir biçimde, duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Daha yüksek duygusal yeme puanı olan bireylerin daha fazla depresif belirti yaşadıkları ortaya çıkmıştır (153). Ouwens ve arkadaşlarının duygusal yeme ve depresif semptomlar arası ilişkiye baktıkları başka bir çalışmada, duygusal yeme ve depresif semptomlar arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (154). Bunun yanı sıra, negatif duygudurumların duygusal yemeye sebep olup olmadığının araştırıldığı ve 666 öğrencinin katıldığı bir çalışmada, bu negatif duygudurumların duygusal yeme davranışı ile pozitif yönlü bir ilişkiye sahip oldukları bulunmuştur (155). Tüzen'in 2019 yılında yaptığı bir çalışmada ise, gönüllü bireylerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği toplam puanı ile duygusal yeme puanı arası pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görlmüştür. Bu durumda depresyon, anksiyete ve stres belirtilerindeki artış duygusal yeme davranışını arttırmaktadır (156). Yine başka bir araştırmada 329 öğrenciye ulaşılmış ve öğrencilerin BDÖ puanları ile DEB-Q ve alt boyutları puanları arasında ise istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı bulunmuştur (157). Konttinen ve arkadaşları, daha yüksek depresif belirtilerin, her iki cinsiyette de daha yüksek duygusal yeme ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Bunun yanı sıra depresif belirtiler ve kısıtlayıcı yeme arası ilişki varlığını tespit edememişlerdir (74). Bu çalışmaya katılan bireylerin Hollanda duygusal yeme anketi ile Beck depresyon

ölçeği arası ilişkiye bakıldığında ise; kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme ile depresyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki varlığı tespit edilememişken, duygusal yeme ile depresyon şiddeti arası anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (bkz. Tablo 4.17). Depresyon şiddeti arttıkça duygusal yeme puan ortalaması da anlamlı derecede artmıştır. Bununla beraber dışsal yeme puan ortalaması da depresyon şiddeti arttıkça artmıştır fakat dışsal yeme puan ortalamaları arasında anlamlı derecede fark olmamıştır. Literatür ile kıyaslandığında bu çalışmadaki duygusal yeme ve depresyon ilişkisinin genel olarak diğer çalışmalara benzer şekilde sonuçlandığını görmekteyiz.

5.2.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Cinsiyet Kıyaslaması

Üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre duygusal yeme ölçeği skorlarının karşılaştırılması incelendiğinde; 450 öğrencinin katıldığı bir çalışmada, kadın bireylerin ortalama kısıtlayıcı yeme skorları (2.40±0.90), erkeklerin ortalama kısıtlayıcı yeme skorlarına (2.19±0.84) kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yine kadınların ortalama duygusal yeme skorları (2.44±1.08), erkeklern ortalama duygusal yeme skorlarına göre (2.04±0.87) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun haricinde kadın ve erkek katılımcıların dışsal yeme skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (139). Yine bir araştırmaya bakıldığında, üniversite öğrencilerinden oluşan toplamda 448 katılımcının olduğu bir çalışmada, kadınların, erkek bireylere göre daha fazla duygusal yeme davranışı gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (156). Başka bir çalışma, Ankara'da üniversite eğitimi gören, sağlıklı ve gönüllü 339 öğrenci üzerinde yapılmış ve sonucunda kadınlarda duygusal yeme davranışının erkeklerden anlamlı şekilde fazla olduğu bulunmuştur (158). Yine üniversite öğrencilerinin yeme davranışlarının DEB-Q ile değerlendirilmesinin yapıldığı bir araştırmaya 726 öğrencinin katılmış ve cinsiyete göre kıyaslandığında, duygusal yeme davranışının erkeklere göre kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratacak düzeyde fazla olduğu tespit edilmiştir, bunun yanı sıra kısıtlayıcı ve dışsal yeme davranışında gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (159). 269 öğrencinin dahil edildiği diğer bir çalışmada bireylerin; dışsal ve duygusal yeme puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark olduğu, kısıtlayıcı yeme puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (141). Yine bir çalışma, 200 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülmüş ve erkeklerin duygusal yeme puanı ortalamaları, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde düşük bulunmuştur. Erkekler ve kadınlar arasında kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (160). Başka bir araştırmada 329 öğrenciye ulaşılmış ve öğrencilerin cinsiyete göre; kısıtlayıcı ve dışsal yeme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Ancak öğrencilerin cinsiyetleri ile duygusal yeme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, kız öğrencilerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (157). Bu çalışmada ise katılımcıların Hollanda duygusal yeme anketi ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Üç alt ölçekte de kadınların ortalamaları daha yüksek çıkmıştır (bkz. Tablo 4.18). Bu çalışmadaki cinsiyet ve DEB-Q ilişki verileri ile literatürde bulunan çalışmalar arasında genel olarak bir benzerlik olduğu görülmektedir.

5.2.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Yaş Aralığı Kıyaslaması

Üniversite öğrencilerinin yaş aralığı ile DEB-Q arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında, Tanımlayıcı tipteki bir araştırmada öğrencilerin yaş grubuna göre, DEB-Q üç alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (157). 18-30 yaş arası 300 öğrencinin duygusal iştah ve yeme davranışlarında etkili psikolojik faktörleri incelemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada, yaş ile debq arası ilişkiye bakılmış ve kadınlarda yaş ilerledikçe dışsal yeme puanının da yükseldiği ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir (161). Bu çalışmada katılımcıların DEB-Q ile yaşları arasındaki ilişkiye bakıldığında; kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme ile yaş arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bunun yanında duygusal yeme ile yaş grubu arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ve 18-24 yaş arası katılımcıların duygusal yeme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (bkz. Tablo 4.19).

5.2.4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Sigara Ve Alkol Kullanmı Kıyaslaması

Literatür incelendiğinde; bir çalışmada sigara kullanımı ile DEB-Q alt ölçekleri arası ilişki incelenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (161). İstanbul'da yaşayan 1013 bireyin katıldığı başka bir çalışmada, sigara ve alkol

kullanan ve kullanmayan bireyler arasında kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve bilişsel kısıtlayıcı yeme davranışı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (162). Bu çalışmaya katılan bireylerin DEB-Q puanları ile sigara kullanımları arası ilişki incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ile anlamlı bir ilişki varken, duygusal yeme ve dışsal yeme ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca kısıtlayıcı yeme puan ortalaması sigara içmeyen bireylerin daha yüksekken, duygusal yeme ve dışsal yeme alt ölçeklerinde sigara içen bireylerin puan ortalamaları anlamlı bir fark yaratmasa da daha yüksek bulunmuştur (bkz Tablo 4.20). Katılımcıların Hollanda duygusal yeme anketi ile alkol kullanımları arası ilişkiye bakıldığında; kısıtlayıcı yeme ile anlamlı ilişki bulunurken, duygusal yeme ve dışsal yeme ile anlamlı bir ilişki varlığı tespit edilememiştir. Bununla birlikte, kısıtlayıcı yeme alt ölçeğinde alkol kullanmayan bireylerin ortalaması daha yüksek bulunurken, duygusal yeme ve dışsal yeme alt ölçeklerinde alkol kullanan bireylerin ortalamaları anlamlı olmasa da daha yüksek bulunmuştur (bkz Tablo 4.21).

5.2.5. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Beden Ağırlığı Algısı Kıyaslaması

Bireylerin kendi kilolarını algılama durumları ile DEB-Q puanları arası ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında; 375 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, yeme davranışı boyutları ile beden ağırlığı algısı karşılaştırmış ve kısıtlayıcı ve duygusal yemede anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (163). Tayfun ve arkadaşlarının yeme davranışları ile ilgili üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı başka bir çalışmada, öğrencilerin beden ağırlığı algısına göre yeme davranışının alt boyutlarından bilişsel kısıtlamada ve duygusal yeme boyutlarında farklılık olduğu tespit edilmiştir (164). Bu çalışmaya katılan gönüllülerin DEB-Q ile kendi kilolarını nasıl gördükleri arası ilişki incelendiğinde literatürdekine benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır. Yani kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme ile anlamlı bir ilişki varken, dışsal yeme ile anlamı bir ilişki bulunamamıştır. Kısıtlatıcı yeme ve duygusal yeme alt ölçeklerinde puan ortalamaları kendini zayıf gören bireylerde diğer gruplara göre çok daha düşük bulunmuştur (bkz Tablo 4.22). Kendi ağırlığını olduğundan daha fazla gören bireyler beklenildiği üzere kısıtlayıcı yeme ve duygusal yemeye daha yatkın olarak görülmüştür. Daha önceki bölümlerde de bahsedildiği üzere kısıtlayıcı yeme, uzun süreli diyet kısıtlamasının aşırı yemeye yol açan fizyolojik ve psikolojik bir

yoksunluk yarattığını varsayar. Kendini olduğu ağırlığının üzerinde gören bireylerde bu durumun var olması beklenebilir.

5.2.6. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Kilodan Memnuniyet Kıyaslaması

Kilolarından memnuniyet durumu ile duygusal yeme arası ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında; bir çalışmada, fiziksel görüşünden nefret eden kadınlarda dışsal yeme puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve fiziksel görünüşünden memnun olmayan kadınlarda ise duygusal yeme anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (161). 525 bireyin katıldığı bir başka çalışmada ise, vücut ağırlığından memnuniyet düzeylerine göre yeme tutumu oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (165). Bu çalışmadaki bireylerin Hollanda yeme davranışı anket puan ortalamaları ile kilolarından memnun olma durumları arası ilişki incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme ile anlamlı bir ilişki bulunmuşken, dışsal yeme ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Üç alt ölçekte de beklenen şekilde kilolarından memnun olmadığını belirten bireylerin ortalamaları daha yüksek olduğu belirlenmişken; kısıtlayıcı yeme ve duygusal yemede kilolarından memnun olan ve olmayan bireyler arasındaki fark anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (bkz Tablo 4.23). Bu durum yine beden ağırlığı algısındaki sebeplerle açıklanabilir.

5.2.7. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile Kilo Verme Girişimi Kıyaslaması

Literatüre bakıldığında; bir çalışmada, diyet yapma ve yapmama durumu ile yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve değerlendirme sonucu bu farkın çoğunlukla diyet yapanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada vücut ağırlığını korumak için çaba gösteren ve çaba harcamayanlar ile yeme tutumu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (165). Yine başka bir çalışmada, öğrencilerin diyet yapma sıklığına göre yeme tutumları arası ilişki incelenmiş ve anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ayrıca daima diyet yapanların ortalamalarının, hiçbir zaman diyet yapmayanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıktığı gözlemlenmiştir (166). Mevcut çalışmada da literatür ile benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu çalışmaya katılan gönüllülerin Hollanda yeme davranışı anket puan

ortalamaları ile kilo verme girişimleri arası ilişkiye bakıldığında; kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme ile anlamlı bir ilişkiye sahipken, dışsal yeme ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Üç alt ölçekte de kilo vermeye çalıştığını belirten bireylerin ortalamaları diğer seçeneklerden yüksek bulunmuştur, fakat kısıtlayıcı yeme ve duygusal yemede bu fark anlamlı derecede fazlayken, dışsal yemede bütün seçeneklerin ortalamalarının birbirinden çok da farklı olmadığı görülmüştür (bkz. Tablo 4.24).

5.2.8. Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile BKİ Kıyaslaması

Öğrencilerin BKİ'leri ile DEB-Q arası ilişkilerin incelendiği çalışmalara bakıldığında; 200 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülmüş kesitsel bir çalışmada BKİ grupları ile duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (160). Yine başka bir araştırmada 269 öğrenci çalışmaya dâhil edilerek örneklem oluşturulmuş ve DEB-Q yeme davranışlarının gönüllülerin BKİ'lerine göre dağılımları incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, sadece dışsal yeme ile anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Hangi gruplar arasında fark olduğununun değerlendirmesi amacıyla yapılan kıyaslamalar sonucunda ise kilolu ve zayıf bireyler ile normal ve kilolu gruplar arası yeme davranışları bakımından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (141). Diğer bir çalışmada; 726 öğrencinin çalışmaya gönüllü olarak katılımı sağlanmış ve katılımcılar kadın ve erkek grubu olarak BKİ'lerine göre yeme davranışları açısından değerlendirilmiş, sonucunda her iki grupta da alt grupların yeme skorları (kısıtlayıcı, dışsal ve duygusal yeme davranışları) açısından anlamlı fark bulunmuştur. Fazla kilolu grupta kadınların duygusal yeme skoru, zayıf, normal ve obez gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Zayıf grupta dışsal yeme skoru, normal, fazla kilolu ve obez gruplarından daha yüksek bulunurken, normal grupta obez grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Kısıtlayıcı yeme skoru, zayıf grupta diğer üç gruba göre daha düşük bulunurken, fazla kilolu grupta normal ve obez gruba göre daha yüksek bulunmuştur (159). Başka bir çalışmada BKİ ile kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme skorları arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon varlığı tespit edilmiştir (158). Öğrencilerin DEB-Q skorları ile BKİ grupları arasındaki ilişkisinin de incelendiği bir diğer çalışmada, zayıf BKİ sınıfında olan öğrencilerin ortalama kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme skorları, diğer

BKİ sınıfında olan öğrencilerin ortalamalarından daha düşük bulunmuştur. En yüksek kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme skorunun hafif kilolu sınıfta olduğu görülmüştür. Kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme skorları ve BKİ grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı oldu görülmüştür. Dışsal yeme skorları ve BKİ grupları arasında ise anlamlı bir ilişki varlığı belirlenememiştir (139). Bu çalışmadaki katılımcıların BKİ ile Hollanda yeme davranışı anket puan ortalamaları arası ilişki incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme ile anlamlı bir ilişki varken, dışsal yeme ile anlamlı bir ilişki gözlemlenememiştir. Kısıtlayıcı yeme ve duygusal yemede hafif kilolu ve şişman grup beklenildiği üzere en yüksek ortalamaya sahipken, dışsal yemede bu durumun tam tersi olarak zayıf bireylerin ortalaması en yüksek bulunmuştur (bkz. Tablo 4.25). Ağırlığı normalden fazla olan grubun beklenildiği üzere duygusal ve kısıtlayıcı yeme puanları daha yüksek çıkmıştır.

5.2.9. Beck Depresyon Ölçeği ile Cinsiyet Kıyaslaması

Epidemiyolojik araştırmalar, kadınlarda daha yüksek oranda depresyon varlığı olduğunu göstermektedir. Kendler ve arkadaşları, depresyonun, kadınlarda erkeklere göre kayda değer ölçüde daha kalıtsal olduğunu belirtmişlerdir (109). Bu durumun aksine cinsiyetin duygusal zekâ yaşam doyumu ve depresyonu üzerindeki etkisinin üniversite öğrencileri üzerinde incelendiği bir çalışmada, kadınların erkek katılımcılara kıyasla duygusal zekâ düzeylerinin ve yaşam doyum seviyelerinin daha yüksek olduğu ve depresif belirti düzeylerinin de daha düşük olduğu tespit edilmiştir (167). Diğer bir çalışmada, Beck puan ortalamaları incelendiğinde; erkek öğrencilerin puan ortalaması kadın öğrencilerden düşük bulunmuş, fakat bu durumun cinsiyet ve Beck puanı arasında anlamlı bir fark yaratacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir (151). 303 öğrencinin yer aldığı başka bir çalışmada cinsiyete göre depresyon puan ortalamaları incelenmiş ve erkeklerin depresyon puan ortalamalarının kız öğrencilerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (168). Tanımlayıcı tipteki bir başka araştırmada, öğrencilerin cinsiyete göre BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (157). Diğer bir çalışmada, toplamda 906 öğrenci katılmış ve cinsiyet değişkeninin depresyon durumlarıyla olan ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonunda erkeklerin depresyon durumlarının kadınlardan düşük olduğu görülmüştür (169). Yine üniversite öğrencilerinin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların

cinsiyetlerine göre depresyon skor ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ve kadınların depresyon düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (170). Literatüre bakıldığında depresyon ile cinsiyet ilişkisi açısından net bir sonuca varmak zor olmakla beraber, genel olarak kadınlarda daha yüksek depresyon seviyelerinin olduğu söylenebilir. Bu çalışmada ise Beck depresyon ölçeği ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında, cinsiyetler arasında depresyon düzeylerinde anlamlı bir fark görülmemektedir. Fakat anlamlı bir fark olmasa da kadınların orta-şiddetli depresyon düzeylerindeki oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (bkz. Tablo 4.26).

5.2.10. Beck Depresyon Ölçeği ile Yaş Aralığı Kıyaslaması

Literatür incelendiğinde; tanımlayıcı tipteki bir çalışmada, öğrencilerin yaş grubu ile BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (157). Yine bir çalışmada, 363 öğrenci katılmış ve öğrencilerde depresyon varlığı ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (171). Yine depresyonun yaş ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda da, yaşı küçük olan öğrencilerin yaşı daha büyük olanlara göre depresyon düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (172,173). Bu çalışmada Beck depresyon ölçeği ile yaş grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise yaş grupları ile depresyon düzeyleri olarak anlamlı bir fark görülmektedir. Minimal düzeyde depresyonda (0-9 puan) 25-42 yaş aralığındaki bireyler daha fazla oranda bulunurken, minimalden daha yüksek puan içeren bütün depresyon düzeylerinde 18-24 yaş arası bireyler daha fazla bulunmuştur (bkz. Tablo 4.27). Bu çalışma ile literatür arasındaki farkın sebebinin, diğer çalışmaların genelde tek bir eğitim grubunda, örneğin sadece lisans grubunda, çalışılmış olmasına bağlamaktayız. Bu çalışmada ön-lisanstan doktoraya kadar eğitim gören öğrencilerin olması çalışmanın yaş aralığını genişletmektedir.

5.2.11. Beck Depresyon Ölçeği ile Medeni Durum Kıyaslaması

Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada evli ve bekar katılımcıların depresyon düzeylerinin karşılaştırılmış ve bekar katılımcıların depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu fakat aralarında anlamlı derecede bir fark olmadığı belirlenmiştir (174). Bir başka çalışmada, bekar bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanların

evli olanlara göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanlara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (175). Bu çalışmada da katılımcıların medeni durumları ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo 4.28). Daha önceki çalışmalarda da belirtildiği üzere bekar bireylerin evlilere oranla depresyona yatkınlıklarının daha fazla olduğu görülmektedir.

5.2.12. Beck Depresyon Ölçeği İle Öğrenim Gördükleri Üniversite Türü Kıyaslaması

Üniversite öğrencileri arasındaki sosyoekonomik farklılıkların da değerlendirildiği bir çalışmada, gelir düzeyi düşük olanlarda depresif belirtilere daha fazla rastlandığı belirlenmiştir. Sosyoekonomik düzeydeki yetersizliğin, ruhsal sağlık durumunu bozucu etkisi olduğu gösterilmiştir (176). Bunun dışında başka bir araştırmada, çalışmaya katılan öğrencilerin ekonomik düzey değişkenine göre depresyon düzeylerinin gruplar arasında farklılaşmadığı belirlenmiştir (177). Bu çalışmada ise katılımcıların devlet ya da vakıf üniversitesinde eğitim görmeleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (bkz. Tablo 4.29). Literatürde üniversite türü ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunamadığı için bu duruma en yakın etken olarak ekonomik durum ile depresyon düzeyinin kıyaslandığı bazı çalışmalar incelenmiştir.

5.2.13. Beck Depresyon Ölçeği ile Yükseköğretim Düzeyi Kıyaslaması

Sosyoekonomik ve kültürel durumun depresyon üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada yüksek eğitim düzeyinin depresyona karşı koruyucu olduğu söylenmektedir (178). Bu çalışmada katılımcıların yükseköğretim düzeyi ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (bkz. Tablo 4.30). Bu çalışmada literatürden bağımsız bir sonuç elde edilmesinin sebebi olarak çalışmamıza katılan örneklem grubuyla literatürdeki gruplarla arasındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda hala üniversite öğrencisi olan grup incelenmekteyken, diğer çalışmalarda üniversiteyi bitirmiş kesimin eğitim düzeyinin depresyona etkisi incelenmiştir.

5.2.14. Beck Depresyon Ölçeği ile Sigara ve Alkol Kullanımı Kıyaslaması

Sigara ve alkol kullanımı ile depresyon arası ilişkinin incelendiği literatüre bakıldığında; 300 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların hem sigara ve hem alkol kullanım durumlarına göre depresyon skor ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve bu çalışmada sigara ve alkol kullanan iki grubun da depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuş fakat yine iki grupta da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (170). Yine bir başka çalışmada, sigara kullanan öğrencilerin BDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada alkol kullanan öğrencilerin BDÖ puan ortalaması alkol kullanmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (168). 1080 öğrencinin gönüllü olarak katılım sağladığı diğer bir çalışmaya göre, sigara kullananların kullanmayanlara göre BDÖ puan ortalamaları yüksek olduğu tespit edilmiştir (144). Bu çalışmada ise Beck depresyon düzeyleri ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki varlığı tespit edilmiştir (bkz. Tablo 4.31). Literatürde olduğu gibi sigara içen bireylerin oranı içmeyenlere göre, orta ve şiddetli depresyon düzeylerinde daha yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmaya katılan bireylerin Beck depresyon düzeyleri ile alkol kullanımları arasındaki ilişki incelendiğinde; alkol kullanımı olan ve olmayan bireyler arasında Beck depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (bkz. Tablo 4.32).

5.2.15. Beck Depresyon Ölçeği ile Beden Ağırlığı Algısı Kıyaslaması

Literatüre bakıldığında; bir çalışmada, kilo algısı ile BDÖ puanları arası ilişkiye bakıldı ve anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (168). Yine bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler incelenmiş ve öğrenciler arasında vücut ağırlığını normal olarak algılayanların vücut ağırlığını zayıf, hafif şişman ve obez olarak algılayanlara göre BDÖ puan ortalamaları düşük bulunmuştur. En yüksek puan vücut ağırlığını obez olarak algılayan sınıftadır (144). Bu çalışmada da beklenildiği üzere öğrencilerin Beck depresyon düzeyleri ile kendi kilolarını nasıl gördükleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kendini çok kilolu gören bireylerin yarısının şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu görülmüştür, bunun yanında kendini normal kiloda gören bireylerin ise minimal depresyon düzeyinde en yüksek orana sahip olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 4.33).

5.2.16. Beck Depresyon Ölçeği ile Kilodan Memnuniyet Kıyaslaması

Yine literatüre bakıldığında; yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin kilo memnuniyeti ile depresyon arası ilişki incelendiğinde; kilosundan memnun olmayan grup puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (179). 235 öğrencinin katıldığı başka bir çalışmada, öğrencilerin vücut ağırlığından memnun olma durumu ile BDÖ ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (180). Bu çalışmada da beklenildi üzere katılımcıların kilolarından memnuniyet durumları ile Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kilolarından memnun olduklarını belirten bireylerin yüksek bir oranı minimal ve hafif düzeyde depresyona sahipken, kilolarından memnun olmayan bireylerin yaklaşık yarısı orta ve şiddetli depresyona sahip bulunmuştur (bkz. Tablo 4.34).

5.2.17. Beck Depresyon Ölçeği ile BKİ Kıyaslaması

BKİ ile depresyon durumu arası ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında; 318 gönüllü öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin BKİ'leri ile Beck depresyon ölçeği puanları arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (151). Başka bir araştırmada, öğrencilerin BKİ durumuna göre, BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (157). Yine bir çalışmada; BKİ sınıflamasına göre depresyon ölçeği puan ortalaması en yüksek grup obez ve en düşük olan grup ise normal BKİ'ye sahip olan grup olup, öğrencilerin BKİ sınıflaması ile depresyon durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (181). Bu çalışmada da bireylerin Beck depresyon ölçeği ile BKİ'leri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (bkz Tablo 4.35). Hafif kilolu ve şişman bireylerin yaklaşık olarak yarısı orta ve şiddetli depresyona sahipken, diğer gruplarda bu oran daha düşük bulunmuştur. Ayrıca şiddetli depresyon düzeyinin en düşük olduğu grup, literatürde görülene benzer şekilde, BKİ'si normal aralıkta olan grup olarak tespit edilmiştir.

5.2.18. Beck Depresyon Ölçeği ile Psikolojik Destek Alma Kıyaslaması

Üniversite öğrencilerinin duygusal yeme davranışı ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, psikolojik destek alma ile depresyon arası ilişkiye bakılmış ve psikolojik destek alan grup puanlarında, psikolojik destek almaya almayan gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır

(179). Bu çalışmada ise katılımcıların Beck depresyon ölçeği ile psikolojik destek alma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır (bkz. Tablo 4.36).

5.2.19. Beck Depresyon Ölçeği ile Haftalık Yürüyüş Süresi Kıyaslaması

303 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir araştırmada, egzersiz yapma alışkanlığı ile BDÖ puanları açısından farklılık göstermediği bulunmuştur (168). Başka bir çalışmaya toplam 906 öğrenci katılmış olup öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile depresyon düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Öğrencilerin fiziksel aktiviteleri arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (169). Yine bir çalışmada, öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon skorları arasında ilişki incelemiş ve sonucunda negatif yönlü, orta derece, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (170). 2021 yılında yapılmış ve 332 gönüllü öğrenci dahil edildiği diğer bir çalışmada, fiziksel aktivite ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş olup, öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerindeki artışın depresyon düzeylerinde azalma sağladığı belirlenmiştir (148). Yine bir çalışma, öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile depresyon düzeylerini kıyaslamış ve bunun sonucunda öğrencilerin fiziksel aktivite durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (181). Bu çalışmada ise literatürde varılan genel sonuçla paralel olarak, katılımcıların Beck depresyon ölçeği ile haftalık yürüyüş süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Haftalık yürüyüş süresi arttıkça depresyon şiddeti arasında anlamlı derece azalma mevcut olduğu gözlemlenmiştir (bkz. Tablo 4.38).

5.2.20. Beck Depresyon Ölçeği ile Düzenli Uyku Durumu Kıyaslaması

Literatür incelendiğinde; üniversite öğrencileri üzerinde yapılan fiziksel aktivite uyku kalitesi ve depresyon ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, toplam uyku kalitesi ile depresyon skoru arasında ise pozitif yönlü, orta derece, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (170). Başka bir çalışmada toplamda 897 kişi katılmış olup, depresif belirtiler gösteren 135 öğrencinin %88,1'inde uykusuzluk tespit edilmiştir. Depresyon puanı ile uykusuzluk şiddeti indeksi puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur (146). Yine bir diğer çalışmada 960 öğrenci katılmış olup, depresyon alt boyutu puanları öğrencilerin uyku düzenine göre

istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (182). Bu çalışmaya katılan bireylerin Beck depresyon ölçeği ile uyku düzenleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlı bir ilişki varlığı tespit edilmiştir. Düzenli uykuya sahip bireylerin oranı, depresyon düzeyi arttıkça anlamlı derecede azalmıştır (bkz. Tablo 4.37.).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, duygusal yeme davranışı ve depresyonun birbirleri ve diğer değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmada ortaya çıkan sonuçlar aşağıda verilmiştir.

1. Katılımcıların duygusal yeme durumları ile depresyon düzeyleri karşılaştırılmış; depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde duygusal yeme durumu daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$).
2. Kadınların DEB-Q alt ölçekleri puan durumları erkek bireylerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
3. Daha genç olan grupta (18-24 yaş aralığı) yaşı daha büyük olan gruba göre (25-42 yaş aralığı) duygusal yeme durumu daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p<0.05$).
4. Sigara ve alkol kullanmayan bireylerin kısıtlayıcı yeme durumları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
5. Bireylerin kendilerini zayıf, normal, kilolu veya çok kilolu bulma durumları ile duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme arası anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kendini çok kilolu gören bireylerin duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme puanları en yüksek olarak belirlenirken, kendini zayıf görenlerde bu durum en düşük olarak görülmektedir. Kendini çok kilolu görenlerin dışsal yeme puanı da diğer alt ölçekler gibi gruptaki en yüksek puana sahip olsa da bu durum anlamlı derecede fark yaratmamıştır.
6. Kilolarından memnun olan bireylerin duygusal ve kısıtlayıcı yeme puanları kilolarından memnun olmayan bireylerden daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).
7. Kilo vermeye çalışan bireyler, DEB-Q üç alt ölçeğinde de en yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Fakat bu fark duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme alt ölçeklerinde anlamı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
8. Katılımcıların BKİ durumları arttıkça duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme puanlarının da arttığı görülmektedir ($p<0.05$).

9. Kadın ve erkek bireyler arasında Beck düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0.1$).
10. Katılımcıların yaş gruplarına bakıldığında, daha genç grupta (18-24 yaş) diğer yaş grubuna (25-42 yaş) göre daha yüksek depresyon bulunmuştur ($p<0.05$).
11. Bireylerin medeni durumları ile depresyon düzeyleri arasında bir anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar bireylerin depresyon düzeyi evlilere göre daha yüksek düzeydedir.
12. Katılımcıların devlet ya da vakıf üniversitesinde eğitim görmeleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.60$).
13. Çalışmaya katılan bireylerin yükseköğretim düzeyi daha yüksek bireylerde depresyon düzeyi daha düşük bulunsa da bu değişkenlerin arasında anlamlı düzeyde bir ilişki ortaya çıkmamıştır ($p=0.06$).
14. Sigara içen bireyler içmeyenlere oranla daha yüksek depresyon düzeyine sahip bulunmuşken ($p<0.05$), alkol kullanım durumunda böyle bir fark söz konusu değildir ($p=0.67$).
15. Kendilerini çok kilolu gören bireylerde depresyon düzeyi yüksekken, depresyon düzeyi en düşük bulunan grup kendini normal kiloda gören bireyler olarak belirlenmiştir ($p<0.05$).
16. Kilolarından memnun olmayan bireylerde orta-şiddetli depresyon daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
17. Hafif kilolu ve obez BKİ grubundaki bireylerin orta-şiddetli depresyon düzeyi diğer gruplara oranla daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).
18. Psikolojik destek alan ve almayan bireylerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0.35$).
19. Bireylerin depresyon düzeyleri ile haftalık yürüyüş süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Haftalık yürüyüş süresi arttıkça depresyon şiddetinde azalma olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$).
20. Düzenli uyku uyuyabilen bireylerde depresyon düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Duygusal yeme kişinin problemlerle baş etmesi için bir çıkış yolu olarak görülmemelidir. Bu yeme davranışı sonucunda alınan yüksek enerjili ve karbonhidratlı besinlerin tüketimi azaltılmalıdır. Olumsuz duyguların yoğun olarak yaşandığı zamanlarda iştah kontrolü dengelenmeli, sağlıksız yiyeceklerden uzak durulmalıdır. Bu çalışma verileri genel olarak literatürde yer alan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Bu alanda yapılacak olan yeni çalışmaların duygusal yeme ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenlerden tespit edilen farkların hangi durumlarda değişime uğradığını incelemesi önerilebilir. Bu sayede duygusal olarak değişimlerde yemeye yönelen bireylerin hangi durumlarda bu alışkanlıklarını tekrarladıkları, hangi durumlarda bu davranıştan vazgeçtikleri bulunduğunda, bu durum literatüre katkı sağlayacaktır. Ayrıca duygusal yeme davranışının obezite ve yeme bozuklukları ile olan etkileşimi göz önünde bulundurulduğunda; duygusal yemeye etki eden başka psikopatoloji kavramlarının da araştırılması ve ilişkilendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu ilişkilerin açığa çıkması önleme ve tedavi etme açısından önem arz etmektedir. Bunun dışında çalışmada incelenen duygusal yeme ve depresyon durumlarının her ikisi de psikolojik faktörlerle ilgili olduğundan, devlet sağlık kurumlarında bireylerin psikolojik durumlarının düzenli olarak kontrolü sağlanmalı ve gerekli görülen durumlarda sağlık kuruluşlarında halkın tamamının ulaşabilirliği açısından ücretsiz psikolojik destek sağlanmasının, bu iki rahatsızlığın tedavi sürecini olumlu yönde etkileyeceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızın güçlü yanı, duygusal yeme ve depresyon durumlarının birbiriyle ve diğer değişkenlerle ilişkisini bütüncül bir şekilde ele alması ve bu alanda yapılan öncü çalışmalardan olmasıdır.

6.3. Sınırlılıklar

Kesitsel bir çalışma olduğu için hafızadan kaynaklı eksik veya hatalı bilgi verilme olasılığı ve Covid-19'dan kaynaklı yüz yüze yapılmadığı için her üniversiteden örneklem seçilmemesi ve bunun sonucunda da araştırmanın Ankara'daki tüm üniversite öğrencilerini kapsaması yerine sadece çalışmaya katılan

bireyleri kapsaması çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Sonraki çalışmalarda ildeki tüm üniversiteler örnekleme dahil edilip, her birinden katılımcı sağlanırsa kapsayıcılık artar.

7. KAYNAKLAR

1. Zeybek A. Özel bir beslenme ve diyet polikliniğine başvuran bireylerin duygusal yeme durumlarının ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2019.

2. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review, *Psychological Bulletin*, 2002, 125: 825-848.

3. Stice E, Spangler D, Agras WS. Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: A longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2001, 20: 270-288.

4. Tanrıverdi E. Üniversite öğrencilerinin duygusal yeme davranışlarının ve duygusal iştahlarının incelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Mersin: Çağ Üniversitesi, 2020.

5. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, Friederich HC. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2014, 55(3): 565-571.

6. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine,* 2010, 40(11): 1887-1897.

7. Kavak M. Bariatrik cerrahi sonrası hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki, Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2019.

8. Odom J, Zalesin KC, Washington TL ve ark. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg* 2010, 20: 349–56.

9. McGuire MT, Wing RR, Klem ML ve ark. What predicts weight regain in a group of successful weight losers? *J Consult Clin Psychol* 1999, 67: 177–85.

10. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 14. Baskı. Ankara, Miki Matbaacılık, 2016: 273, 465-474.

11. Erçim RE. Üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının değerlendirilmesi ve sağlıklı yeme indekslerinin saptanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.

12. World Health Organization. (2019). *Healthy diet* (No. WHO-EM/NUT/282/E). World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.

13. de Ridder D, Kroese F, Evers C, Adriaanse M, Gillebaart M. Healthy diet: Health impact, prevalence, correlates, and interventions, *Psychology & health*, 2017, *32*(8): 907-941.

14. Stroebele N, De Castro JM. Effect of ambience on food intake and food choice, *Nutrition*, 2004, *20*(9):821-838.

15. Variyam JN, Blaylock JR., Smallwood DM, Basiotis PP. (1998). *USDA's Healthy Eating Index and nutrition information* (No. 1488-2016-124554).

16. Kaleli S, Kılıç N, Erdoğan M, Erdoğan N. Sakarya üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, *2*(2):12-18.

17. Şanlıer N, Konaklıoğlu E, Güçer E. Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki, *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 29(2):333-352.

18. Köster EP. Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective, *Food quality and preference*, 2009, *20*(2):70-82.

19. Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, Casey MA. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents, *J Am Diet Assoc* 1999, 99: 929-37.

20. Steptoe A, Pollard TM, Wardle J. Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire, *Appetite*, 1995, *25*(3): 267-284.

21. Shepherd R. Social determinants of food choice, *Proceedings of the Nutrition Society*, 1999, *58*(4): 807-812.

22. Prinsen S, de Ridder DT, de Vet E. Eating by example. Effects of environmental cues on dietary decisions, *Appetite*, 2013, *70*: 1-5.

23. Asp EH. Factors affecting food decisions made by individual consumers, *Food policy*, 1999, *24*(2-3):287-294.

24. Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: a laboratory study, *Psychosomatic medicine*, 2000: *62*(6):853-865.

25. Gibson EL. Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways, *Physiology & behavior*, 2006, *89*(1): 53-61.

26. Kim D, Jang SS. Stress and food choices: Examining gender differences and the time horizon framing effect, *International Journal of Hospitality Management*, 2017, *67*: 134-142.

27. Lau D, Krondl M, Coleman P. Psychological factors affecting food selection, In: J.R. Galler (ed). *Nutrition and behavior*, 1st ed. Springer, Boston, MA. 1984: 397-415.

28. Pardo MDMA, Martín MF, Hernández MÁC, Márquez FM. Adherence of psychopharmacological prescriptions to clinical practice guidelines in patients with eating behavior disorders, *European journal of clinical pharmacology*, 2017, *73*(10): 1305-1313.

29. Murray SB, Nagata JM, Griffiths S, Calzo JP, Brown TA, Mitchison D, ... & Mond JM. The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis, *Clinical psychology review*, 2017, *57*: 1-11.

30. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, Hübel C, Baker JH, Munn-Chernoff MA, ... & Bulik CM. The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders, *European Eating Disorders Review*, 2017, *25*(6):432-450.

31. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States, *International Journal of Eating Disorders*, 2019, *52*(1):42-50.

32. Le LKD, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 2017, *53*:46-58.

33. Trebbau H, Diaz-Marsá M, Perera JC. Functional magnetic resonance studies in eating behavior disorders, *Actas Esp Psiquiatr*, 2010, *38*(3):183-188.

34. Erbay LG, Seçkin Y. Yeme bozuklukları, *Güncel Gastroenteroloji*, 2016, *20*(4):473-477.

35. Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders, *Psychiatric Clinics*, 2010, *33*(3):611-627.

36. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia nervosa/purging disorder, *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 2017, *47*(4):85-94.

37. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders, *Annual review of psychology*, 2002, *3*(1):187-213.

38. Schmidt U, Adan R, Böhm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S, ... & Zipfel S. Eating disorders: the big issue, *The Lancet Psychiatry*, 2016, *3*(4):313-315.

39. Butler RM, Heimberg RG. Exposure therapy for eating disorders: A systematic Review, *Clinical psychology review*, 2020, *78*:101851.

40. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2017, *47*(4):70-84.

41. Yao S, Larsson H, Norring C, Birgegård A, Lichtenstein P, D'Onofrio BM., ... & Kuja-Halkola R. Genetic and environmental contributions to diagnostic fluctuation in anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Psychological medicine*, 2019, 1-8.

42. Zhu J, Yang Y, Touyz S, Park R, Hay P. Psychological treatments for people with severe and enduring anorexia nervosa: A mini Review, *Frontiers in psychiatry*, 2020, *11:* 206.

43. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *The Psychiatric clinics of North America*, 2019, *42*(2):263-274.

44. Litmanen J, Fröjd S, Marttunen M, Isomaa R, Kaltiala-Heino R. Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nordic journal of psychiatry*, 2017, *71*(1):61-66.

45. Sarı SA. Ergenlerde Yeme Bozuklukları Yönetimi, İçinde: Akpınar E (editör). *Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar,* 1. Baskı. İstanbul, Akademisyen Yayınevi, 2019: *315-323.*

46. Akan A, Akan M, Tetik BK, Ucuz İ, Selçuk EB, Özcan ÖÖ. Anoreksiya nervozaya multidisipliner yaklaşım: olgu örneğiyle, 18. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, Aile Hekimliğinde Sürdürülebilir Sağlık Hedefleri, 2019, 411-413.

47. Beilharz F, Phillipou A, Castle D, Jenkins Z, Cistullo L, Rossell S. Dysmorphic concern in anorexia nervosa: Implications for recovery, *Psychiatry research*, 2019, *273*:657-661.

48. Terzioğlu MA, Varma GS, Uğurlu TT, Özdel O. Anoreksiya Nervoza Tanılı Bir Ergenin Tedavisinde Yaşanan Güçlükler, *Yeni Symposium*, 2018 56(4): 13-17.

49. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 2013, *21*.

50. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges, *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 2018, *9*:11.

51. Slade E, Keeney E, Mavranezouli I, Dias S, Fou L, Stockton S, ... & Kendall T. Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis, *Psychological medicine*, 2018, 48: 2629–2636.

52. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion regulation in binge eating disorder: A review, *Nutrients*, 2017, *9*(11):1274.

53. Yılmaz HÖ. Yeme ve Beslenme Bozuklukları. İçinde: Yaman Ç, Son NE (editörler). *Beslenme Obezite ve Toplum Sağlığı*, İstanbul, Güven Plus Grup A.Ş. Yayınları, 2019: 35-60.

54. Bayramoğlu AT, Turna K, Horoz NE. Üniversitesi Öğrencilerinde Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, *9*(3):157-162.

55. Özsoy EV. Personality traits in eating disorders, *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2017, *3*(1):255-266.

56. Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of eating disorders: What the clinician needs to know, *Psychiatric Clinics*, 2019, *42*(1):59-73.

57. Grilo CM. Psychological and behavioral treatments for binge-eating disorder, *The Journal of clinical psychiatry*, 2017, *78*(suppl 1):20-24.

58. Jiang Y, King JM, Prinyawiwatkul W. A review of measurement and relationships between food, eating behavior and emotion, *Trends in Food Science & Technology*, 2014, *36*(1):15-28.

59. Samuel L, Cohen M. Expressive suppression and emotional eating in older and younger adults: An exploratory study, *Archives of gerontology and geriatrics*, 2018, *78*:127-131.

60. Bulut S, Akmeşe ZS. Emotional eating disorder and obesity. *Current Research in Psychology and Behavioral Science*, 2020, 1(4): 1-2.

61. Deroost N, Cserjési R. Attentional avoidance of emotional information in emotional eating, *Psychiatry research*, 2018, 269:172-177.

62. Bongers P, Jansen A. Emotional eating is not what you think it is and emotional eating scales do not measure what you think they measure, *Frontiers in Psychology*, 2016, 7: 1932.

63. Jáuregui-Lobera I, Montes-Martínez M. Emotional eating and obesity. In Jáuregui-Lobera I (ed). *Psychosomatic Medicine*. 1st ed. London, IntechOpen, 2020: 141-156.

64. Van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity, *Current diabetes reports*, 2018, 18(6): 1-8.

65. Altheimer G, Urry HL. Do Emotions Cause Eating? The Role of Previous Experiences and Social Context in Emotional Eating, *Current Directions in Psychological Science*, 2019, 28(3):234-240.

66. Braden A, Musher-Eizenman D, Watford T, Emley E. Eating when depressed, anxious, bored, or happy: are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates?, *Appetite*, 2018, 125: 410-417.

67. Rahme C, Obeid S, Sacre H, Haddad C, Hallit R, Salameh P, Hallit S. Emotional eating among Lebanese adults: scale validation, prevalence and correlates, *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2020, 1-10.

68. Frayn M, Knäuper B. Emotional eating and weight in adults: a review, *Current Psychology*, 2018, 37(4): 924-933.

69. Litwin R, Goldbacher EM, Cardaciotto L, Gambrel LE. Negative emotions and emotional eating: the mediating role of experiential avoidance, *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2017, 22(1): 97-104.

70. Tuncer GZ, Duman ZÇ. An examination of emotional eating behavior in individuals with a severe mental disorder, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2020, 34(6): 531-536.

71. Barrada JR, Van Strien T, Cebolla A. Internal structure and measurement invariance of the Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) in a (nearly) representative Dutch community sample, *European Eating Disorders Review*, 2016, 24(6): 503-509.

72. Bilici S, Ayhan B, Karabudak E, Koksal E. Factors affecting emotional eating and eating palatable food in adults, *Nutrition research and practice*, 2020, 14(1): 70.

73. Cebolla A, Barrada JR, Van Strien T, Oliver E, Baños R. Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women, *Appetite*, 2014, 73: 58-64.

74. Konttinen H, Männistö S, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption, A population-based study. *Appetite*, 2010, 54(3): 473-479.

75. Van Strien T, Ouwens MA. Counterregulation in female obese emotional eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited, *Eating Behaviors*, 2003, 3(4): 329-340.

76. Diggins A, Woods-Giscombe C, Waters S. The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in college-aged Black women, *Eating behaviors*, 2015, 19: 188-192.

77. Nolan LJ, Halperin LB, Geliebter A. Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI, *Appetite*, 2010, 54(2): 314-319.

78. Kuijer RG, Boyce JA. Emotional eating and its effect on eating behaviour after a natural disaster, *Appetite*, 2012, 58(3): 936-939.

79. Alexander KE, Siegel HI. Perceived hunger mediates the relationship between attachment anxiety and emotional eating, *Eating behaviors*, 2013, 14(3): 374-377

80. Okumus B, Chaulagain S, Giritlioglu I. Examining the impacts of job stress and job satisfaction on hotel employees' eating behavior, *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 2019, 28(5): 558-575.

81. Keenan GS, Rogers PJ, Brunstrom JM. Measuring interoceptive awareness in external eaters: a test of Schachter's 'externality' theory, *Appetite*, 2016, 100(101): 232-233.

82. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review, *Obesity reviews*, 2014, 15(6): 453-461.

83. Boutelle KN, Zucker N, Peterson CB, Rydell S, Carlson J, Harnack LJ. An intervention based on Schachter's externality theory for overweight children: the regulation of cues pilot, *Journal of pediatric psychology*, 2014, 39(4): 405-417.

84. Boutelle KN, Knatz S, Carlson J, Bergmann K, Peterson CB. An open trial targeting food cue reactivity and satiety sensitivity in overweight and obese binge eaters, *Cognitive and behavioral practice*, 2017, 24(3): 363-373.

85. Castellini G, Mannucci E, Sauro CL, Benni L, Lazzeretti L, Ravaldi C, ... & Ricca V. Different moderators of cognitive-behavioral therapy on subjective and objective binge eating in bulimia nervosa and binge eating disorder: a three-year follow-up study, *Psychotherapy and psychosomatics*, 2012, 81(1): 11-20.

86. Murray M, Maras D, Goldfield GS. Excessive time on social networking sites and disordered eating behaviors among undergraduate students: Appearance and weight esteem as mediating pathways, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2016, 19(12): 709-715.

87. Rommel D, Nandrino JL, Ducro C, Andrieux S, Delecourt F, Antoine P. Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women, *Appetite*, 2012, 59(1): 21-26.

88. Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Yanovski JA. Disinhibited eating and body weight in youth. In: Preedy VR, Watson RR, Martin CR (eds). *Handbook of behavior, food and nutrition*, 1st ed. Springer, New York, NY, 2011: 2183-2200.

89. Goldfield GS, Moore C, Henderson K, Buchholz A, Obeid N, Flament MF. Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents, *Journal of school health*, 2010, 80(4): 186-192.

90. Bast ES, Berry EM. Laugh away the fat? Therapeutic humor in the control of stress-induced emotional eating, *Rambam Maimonides medical journal*, 2014, *5*(1).

91. Macht M, Simons G. Emotional eating. In Nyklíček I, Vingerhoets A, Zeelenberg M (eds). *Emotion regulation and well-being*, 1st ed. Springer, New York, NY, 2011: 281-295.

92. Nguyen-Michel ST, Unger JB, Spruijt-Metz D. Dietary correlates of emotional eating in adolescence, *Appetite*, 2007, 49(2): 494-499.

93. Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DT. Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating, *Personality and social psychology bulletin*, 2010, 36(6): 792-804.

94. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study, *Journal of psychiatric research*, 2020, 126: 134-140.

95. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives, *Diabetes research and clinical practice*, 2010, 87(3): 302-312.

96. LeMoult J, Gotlib IH. Depression: A cognitive perspective, *Clinical Psychology Review*, 2019, 69: 51-66.

97. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). *British Psychological Society*, 2010.

98. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, ... & Mead GE. Exercise for depression, *Cochrane database of systematic reviews*, 2013, (9).

99. Kessler RC, de Jonge P, Shahly V, van Loo HM, Wang PSE, Wilcox MA. Epidemiology of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL. (eds). *Handbook of depression*, 1st ed. The Guilford Press. 2014: 7–24.

100. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014, *Scientific reports*, 2018, 8(1): 1-10.

101. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression, *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2013, 7(Suppl 1): 3.

102. Perez-Caballero L, Torres-Sanchez S, Romero-López-Alberca C, González-Saiz F, Mico JA, Berrocoso E. Monoaminergic system and depression, *Cell and tissue research*, 2019, 1-7.

103. Yıldıran H, Ayyıldız F. D vitamini ve depresyon. İçinde: Yurttagül SM (editör). *D Vitamini*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2019: 59-63.

104. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures, *Annual review of public health*, 2013, 34: 119-138.

105. Bentley SM, Pagalilauan GL, Simpson SA. Major depression, *Medical Clinics*, 2014, 98(5): 981-1005.

106. Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang HX. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults, *Journal of affective disorders*, 2017, 221: 123-131.

107. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease, *Nature Reviews Cardiology*, 2017, 14(3): 145.

108. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmentalmodel for major depression in men, *Am J Psychiatry*, 2006, 163(1): 115.

109. Flint J, Kendler KS. The genetics of major depression, *Neuron*, 2014, 81(3): 484-503.

110. Park C, Rosenblat JD, Brietzke E, Pan Z, Lee Y, Cao B, ... & McIntyre RS. Stress, epigenetics and depression: a systematic review, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2019, 102: 139-152.

111. De Choudhury M, Gamon M, Counts S, Horvitz E. Predicting Depression via Social Media, *Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media*, 2021, 7(1): 128-137.

112. Dekker J, Van HL, Hendriksen M, Koelen J, Schoevers RA, Kool S, ... & Peen J. What is the best sequential treatment strategy in the treatment of depression? Adding pharmacotherapy to psychotherapy or vice versa? *Psychotherapy and psychosomatics*, 2013, 82(2): 89-98.

113. Hegerl U, Hautzinger M, Mergl R, Kohnen R, Schütze M, Scheunemann W, ... & Henkel V. Effects of pharmacotherapy and psychotherapy in depressed primary-care patients: a randomized, controlled trial including a patients' choice arm *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2010, 13(1): 31-44.

114. Cuijpers P. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of mild to moderate major depression? *JAMA psychiatry*, 2014, 71(7): 747-748.

115. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses *Cognitive therapy and research*, 2012, 36(5): 427-440.

116. Powers MB, de Kleine RA, Smits JA. Core mechanisms of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A Review, *Psychiatric Clinics of North America*, 2017, 40(4): 611-623.

117. Mor N, Haran D. Cognitive-behavioral therapy for depression, *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 2009, 46(4): 269.

118. Webb CA, Rosso IM, Rauch SL. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: current progress & future directions, *Harvard review of psychiatry*, 2017, 25(3): 114.

119. Huguet A, Rao S, McGrath PJ, Wozney L, Wheaton M, Conrod J, Rozario S. A systematic review of cognitive behavioral therapy and behavioral activation apps for depression, *PloS one*, 2016, 11(5): e0154248.

120. Godlewska BR. Cognitive neuropsychological theory: Reconciliation of psychological and biological approaches for depression, *Pharmacology & therapeutics*, 2019, 197: 38-51.

121. Dupuy JM, Ostacher MJ, Huffman J, Perlis RH, Nierenberg AA. A critical review of pharmacotherapy for major depressive disorder, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2011, 14(10): 1417-1431.

122. Keefe RS, McClintock SM, Roth RM, Doraiswamy PM, Tiger S, Madhoo M. Cognitive effects of pharmacotherapy for major depressive disorder: a systematic review, *The Journal of clinical psychiatry*, 2014, 75(8): 864-876.

123. Smith K. Mental health: a world of depression, *Nature News*, 2014, 515(7526): 180.

124. Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. World Health Organization. 1991: 25.

125. Güzey M. Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.

126. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri, *Dirim Tıp Gazetesi*, 2011, 86(1): 39-47.

127. World Health Organization, Global Database on Body Mass Index. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. 25 Nisan 2021.

128. World Health Organization (WHO), Obesity and overweight. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.18 Şubat 2018.

129. Sipahi BB. Türkiye'de Obezite Üzerine Sosyoekonomik Faktörlerin Etkisi ve Gelir Eşitsizliği, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2021, *76*(2), 547-573.

130. TURDEP-II. TURDEP-II sonuçlarının özeti. https://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf. 10 Ocak 2018.

131. Özdemir ME, Yıldız S, Benli AR, Aslan B. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Sağlıklı Hayat Merkezleri Diyet Poliklinikleri 2018 yılı verilerinin değerlendirilmesi, *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 2020, 4(3): 249-252.

132. Öngören B, Durdu Z. Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuranlarda Sağlıklı Beden İmajı, *International Journal of Social, Political and Economic Research*, 2020, 7(4): 819-837.

133. Oğuztürk BS, Gülcü Y. Türkiye'de sigara tüketimini etkileyen faktörlerin analizi, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 2012, 4(2).

134. Türkiye Psikiyatri Derneği. Nikotin (Sigara) bağımlılığı. https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimliligi.

135. Çetin M, Özkan E. Türkiye'de Vergi-Tüketim İlişkisi: Alkol ve Tütün Ürünlerine Yönelik Bir Saha Araştirmasi, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018, 21(40): 271-288.

136. Köroğlu K. Üniversite öğrencilerinde sıkıntıya dayanma ve alkol kullanımı arasındaki ilişkide başa çıkmanın rolü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Işık Üniversitesi, 2018,

137. Güner B. Üniversite Öğrencilerinde Uyuşturucu Madde Kullanım Alışkanlıkları ve Yaygınlığı: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Örneği, *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2019, 6(2): 81-95.

138. Atlam DH, Aldemir E, Altıntoprak AE. Üniversite Öğrencilerinde Riskli Davranışların Yaygınlığı ve Madde Kullanımı ile İlişkisi, *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 2017, 30(4).

139. Dinçer RS. Üniversite öğrencilerinde yeme bağımlılığı ve duygusal yeme eğiliminin değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2019.

140. Ünüsan N, Açа HT, Erdoğan P, Keser MG. Yetişkin Bireylerde Obezite, Depresyon ve Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişki, 2020.

141. Aytekeli ST. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2019.

142. Houshyari S. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışlarının ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Gıda Güvenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Aydın Üniversitesi, 2019.

143. Çil MA, Caferoğlu Z, Bilgiç P. Üniversite öğrencilerinde diyet kalitesinin ve yeme davranışının antropometrik ölçümler ile ilişkisi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, (1), 61-67.

144. Güzel A, Ergün G. Üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, 9(2): 279-289.

145. Mayda AS. Bir öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerindeki İnternet bağımlılığı ile Beck Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki, *Konuralp Medical Journal*, 2015, 7(1): 6-14.

146. Önal GŞ, Hisar KM. Üniversite Öğrencilerinde Uykusuzluk Şiddeti ve Depresyon Semptomları İlişkisi ve Depresyon Tedavisinin Uykusuzluk Şiddetine Etkisi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 7(1): 125-130.

147. Ölçücü B, Vatansever Ş, Özcan G, Çelik A, Paktaş Y. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon ve anksiyete ilişkisi, *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2015, (4): 294-303.

148. Bulguroğlu Hİ, Bulguroğlu M, Özaslan A. Covid-19 Pandemi Sürecinde Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Seviyelerinin İncelenmesi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021, 12(2).

149. Sohbet R, Sincar S, Okuyan CB, Karasu F. Üniversite Öğrencileri Arasında Yaşam Doyumu ve Depresyon: Kesitsel Bir Çalışma Yaşam Doyumu ve Depresyon, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, 9(2), 93-100.

150. Yıldırım A, Aşılar RH, Karakurt P, Çapık C, Kasımoğlu N. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirti, Yalnızlık ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin Sosyodeografik Özelliklerle Birlikte İncelenmesi, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2018, 12(4): 264-274.

151. Kartal FT, Aykut MK. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fizik Kaygısı ve Depresyonun Yeme Bozukluğu Riski ile İlişkisi, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2019, 47(2): 20-29.

152. Pidgeon A, Lacota K, Champion J. The moderating effects of mindfulness on psychological distress and emotional eating behaviour, *Australian Psychologist*, 2013, 48(4): 262-269.

153. Özdemir GS. Duygusal yemenin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri ile olan ilişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psilkoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2015.

154. Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JF. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model, *Appetite*, 2009, 53(2): 245-248.

155. Nguyen-Rodriguez ST, Unger JB, Spruijt-Metz D. Psychological determinants of emotional eating in adolescence, *Eating disorders*, 2009, 17(3): 211-224.

156. Tüzen, G. Depresyon, anksiyete ve stresin duygusal yeme ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi, 2019.

157. Yılmaz E, Aksoy M. Hemşirelik Öğrencilerinin İçselleştirilmiş Kilo Önyargılarının Depresyon ve Yeme Davranışlarıyla İlişkisinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2018, 5(3): 220-229.

158. Akdevelioğlu Y, Yörüsün TÖ. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bazı Faktörlerin İncelenmesi, *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 4(1): 19-28.

159. Tazeoğlu A, Ayten Ş, Tazeoğlu DT. Üniversite öğrencilerinin yeme davranışlarının Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ile değerlendirilmesi: Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Örneği, *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 2020, 11(5): 429-435.

160. Houshyari S, Kalkan İ. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Davranışları ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi, *Aydın Sağlık Dergisi*, 2019, 5(2): 121-132.

161. Solak İ. 18-30 yaş arası üniversite öğrencilerinde duygusal açlık ve yeme davranışında etkili psikolojik faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi, 2020.

162. Doğan T. İnternet ve sosyal medya kullanım sıklığının yeme bozuklukları, beden algısı ve yeme davranışı ile ilişkisinin değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yiksek Lisans tezi, İstanbul: Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, 2021.

163. İkiz AN. TFEQ-R21 ile üniversite öğrencilerinin yeme davranışlarının incelenmesi., 2019, Journal of Tourism and Gastronomy Studies, 7(2): 968 – 979.

164. Tayfun A, Turganbaeva N, Isakova D. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışları Üzerine Bir Araştırma (A Study on the Eating Behavior of University Students). *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 2021, 9(1): 366-376.

165. Kadıoğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2015, 5(2): 96-104.

166. Tunç P. Yeme Tutumunun, Ebeveyn Bağlanma Tarzları ve Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisinin Araştırılması, *Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches*, 2019, 8(4).

167. Yıldız M. Üniversite öğrencilerinde duygusal zekâ yaşam doyumu ve depresyonun cinsiyet ve sınıf seviyelerine göre etkileri, *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2016, 6(11): 451-474.

168. İskender H, Dokumacıoğlu E, Kanbay Y, Kılıç N. Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam ve depresyon puan düzeyleri ile ilgili faktörlerin belirlenmesi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, (4): 414-423.

169. Yıldırım İ, Özşevik K, Sultan ÖZER, Canyurt E, Tortop Y. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi, *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2015, 9(9): 32-39.

170. Özkan IŞIK, Özarslan A, Bekler F. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite uyku kalitesi ve depresyon ilişkisi, *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2015, 9(9): 65-73.

171. Bozkurt N. Bir grup üniversite öğrencisinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler, *Eğitim ve Bilim*, 2004, 29(133).

172. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res* 2015, 141: 354-357.

173. Softa HK, Kaya S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2: 214-229

174. Bıyıklı İ. Yetişkin bireylerde depresyon ve sosyal kaygı düzeyi ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, 2019.

175. Kandaz H. *Depresyon, benlik saygısı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi,* Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2018.

176. Çelikel Çam F, Erkorkmaz Ü. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi,* 2008. 45: 122-9.

177. San A, Erensoy H, Aytaç HM, Berkol TD. Üniversite öğrencilerinde depresyon düzeylerinin, madde kullanımları ve aile tutumları ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 2020, 21(1): 1-12.

178. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 2007, 10(6): 11-20.

179. Hacıabdurrahmanoğlu M. Duygusal yeme davranışı ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2019.

180. Ulas B, Tatlibadem B, Nazik F, Sonmez M, Uncu F. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 2(3): 71-75.

181. Köybaşı GB. Bir yurtta kalan üniversiteli kız öğrencilerin uyku kalitesi, depresyon ve beslenme durumunun incelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2020.

182. Karahanci, S. Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirti ve öz-anlayış düzeylerinin incelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2020.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı

EK-2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Çiğdem Ayvaz tarafından yürütülen "Ankara'da Bulunan Üniversitelerde Okuyan Öğrencilerin Duygusal Yeme Davranışı ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**
   a. Araştırmanın Amacı: Bu araştırmada, üniversite öğrencilerinde duygusal yeme ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.
   b. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması
   c. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
   d. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 323
   e. Araştırmanın Yapılacağı Yer: Ankara

2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Araştırmacının
Adı Soyadı: .....
İmzası:

EK-3. Demografik Bilgi Formu

Ankara'da Bulunan Üniversitelerde Okuyan Öğrencilerin Duygusal Yeme Davranışı ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma

Not: Dolduracağınız bu anket formu tamamıyla bilimsel bir amaca hizmet etmek için hazırlanmıştır ve bilgilerin gizliliği ön planda tutulacaktır. Samimi ve doğru cevaplar vermeniz çalışmanın doğru sonuç vermesi açısından önemlidir. Katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1) Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

2) Yaş: …….

3) Medeni hali: 1.Bekar 2.Evli

4) Vücut ağırlığı (kg) : …….

5) Boy (cm): ……

6) BKI:……

7) Üniversite türü: 1.Devlet Üniversitesi 2.Vakıf Üniversitesi

8) Eğitim alınan birim: 1.Önlisans 2.Lisans 3.Yüksek Lisans 4.Doktora

9) Bölüm: …….bölümü

10) Şu anda kilo vermek veya kilonuzu korumak için herhangi bir girişimde bulunuyor musunuz?
1.Kilo vermeye çalışıyorum
2.Mevcut kilomu korumaya çalışıyorum
3.Hayır şu anda kilomla ilgili herhangi bir şey yapmıyorum

11) Şu anda kilo vermek veya kilonuzu korumak için ne yaptığınız lütfen belirtiniz: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1.Kendi kendime diyet uyguluyorum
2.Yediklerime dikkat ediyorum
3.Spor veya egzersiz yapıyorum
4.Kendimi kustururum
5.Doktor veya diyetisyen gözetiminde diyet uyguluyorum / spor yapıyorum
6.Diğer (belirtiniz)……..

EK-3. (devam) Demografik Bilgi Formu

12) Psikolojik destek alıyor musunuz?
1.Hayır 2.Evet 3.Daha önce aldım

13) Haftada kaç dakika yürüyüş yaparsınız?
1. Hiç
2. 90 dakikadan az
3. 91-200 dakika
4. 201 dakikadan fazla

14) Sigara kullanıyor musunuz?
1.Hayır 2.Evet

15) Alkol kullanıyor musunuz?
1.Hayır 2.Evet

16) Her gün düzenli uyur musunuz?
1.Hayır 2.Evet

17) Kendinizi nasıl kabul ediyorsunuz?
1.Çok kilolu 2.Kilolu 3.Normal 4.Zayıf 5.Çok zayıf

18) Kilonuzdan memnun musunuz?
1.Hayır 2. Evet

19) Ailenizde fazla kilo sorunu olan kimse var mı?
1.Hayır 2.Evet

EK-4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEB-Q)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

Aşağıda sizlerin yeme davranışlarınız ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)		**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık**	**Çok sık**
1	Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2	Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3	Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4	Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5	Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?					
6	Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7	Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10	Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11	Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12	Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13	Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14	Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15	Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16	Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17	İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18 Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?						

EK-4. (devam) Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEB-Q)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
19	Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20	Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21	Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22	Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23	Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?					
24	Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25	Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26	Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?					
27	Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28	Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29	Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30	Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					
31	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz? *					
32	Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33	Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					

* 31 numaralı madde ters sorudur.

EK-5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği Tarih:_____

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek verdır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (şu an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o madde numarasının karşısında, size uygun ifadeye karşılık gelen seçeneği bulup işaretleyiniz.

1- **a)** Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2- **a)** Gelecekten umutsuz değilim.
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3- **a)** Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4- **a)** Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbirşey yok. Her şey çok sıkıcı.

5- **a)** Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

EK-5. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

6- **a)** Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.

b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

c) Cezalandırılmayı bekliyorum.

d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- **a)** Kendimden hoşnutum.

b) Kendimden pek hoşnut değilim.

c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.

d) Kendimden nefret ediyorum.

8- **a)** Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.

b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.

c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.

d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9- **a)** Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat bunu yapamam.

c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.

d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

10- **a)** Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.

b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.

c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.

d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11- **a)** Her zamankinden daha sinirli değilim.

b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.

c) Çoğu zaman sinirliyim.

d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.

EK-5. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

12- **a)** Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13- **a)** Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
b) Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

14- **a)** Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15- **a)** Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iş yapamıyorum.

16- **a)** Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- **a)** Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.

EK-5. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

18- **a)** İştahım eskisinden pek farklı değil.

b) İştahım eskisi kadar iyi değil.

c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.

d) Artık hiç iştahım yok.

19- **a)** Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.

c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.

d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yiyerek kilo kaybetmeye çalışıyorum: Evet ( ) Hayır ( )

20- **a)** Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

c) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka birşey düşünemiyorum.

21- **a)** Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

EK-6. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Çiğdem AYVAZ
Doğum tarihi	
Doğum yeri	
Medeni hali	
Uyruğu	
Adres	
Tel	
E-mail	
EĞİTİM	
Lise	: İsmail Safa Özler Anadolu Lisesi
Lisans	: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: B2
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türkiye Diyetisyenler Derneği	