



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA VÜCUT
KİTLE İNDEKSİ İLE YEME TUTUMU VE BENLİK
SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. KENDAL HANAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2019



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA VÜCUT
KİTLE İNDEKSİ İLE YEME TUTUMU VE BENLİK
SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Dr. KENDAL HANAR
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Hamza Aslanhan**

DİYARBAKIR-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde, yanlarında çalışmaktan gurur duyduğum ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim başta anabilim dalı başkanımız Doçent Dr. Tahsin Çelepkolu ve Dr. Öğr. Üyesi Pakize Gamze Erten Bucaktepe hocama, tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hamza Aslanhan'a ve diğer hocalarıma,

Her zaman yanımda olan bölümümüzün çok saygıdeğer sekreteri Veli Adıyaman'a ve bilgi ve tecrübelerinden her zaman faydalandığım, birlikte muhteşem zamanlar geçirdiğimiz asistan arkadaşlarım başta Orhan Ayan, Lokman Keskin ve Zülküf Ozan Gencer olmak üzere tüm değerli çalışma arkadaşlarıma,

Tezimin hazırlanma aşamasında her zaman yanımda olan, sevgi ve ilgisiyle her daim bana güç veren hayatıma anlam katan sevgili eşim Hande Hanar'a,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım annem ve babama; her daim yanımda olup beni destekleyen kardeşlerime minnet ve şükranlarımı sunarım.

Saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Dr. Kendal HANAR

ÖZET

Giriş ve Amaç: Yeme bozuklukları bedensel ve psikososyal boyutları olan; bireyin yemek yeme, vücut ağırlığı ve dış görünüşü ile ilgili düşünce ve yeme alışkanlıklarında bozulma ile kendini gösteren bir durumdur. Çoğu epidemiyolojik çalışma vücut kitle indeksi ile yeme tutumu ve benlik saygısı arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda vücut kitle indeksi ile yeme tutumu ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelenmiştir.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu çalışmanın evreni olarak Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine 01.11.2018 ve 01.02.2019 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası hastalar seçilmiştir. Bu tarihler arasında polikliniğe başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri, vücut kitle indeksleri, benlik saygıları, yeme tutumları ve bu parametrelerin birbirleri ile nasıl bir ilişkisinin olduğu incelenmiş olup vücut kitle indeksi ile yeme tutumunun benlik saygısı üzerine etkisi araştırılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların 155 (%51)'inin erkek, 149 (%49)'unun kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların 102 (%33.6)'si evli, 154 (%66.4)'ü bekar iken, eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde 186 (%61.2)'sının üniversite mezunu, 75 (%24.7)'inin lise mezunu, 16 (%5.3)'sının ortaokul mezunu, 12 (%3.9)'sinin ilkokul mezunu olduğu, okuryazar olmayanların ise 15 (%4.9) kişi olduğu tespit edildi. Cinsiyete göre vücut kitle indeksi ile yeme tutumu arasında anlamlı fark saptanırken benlik saygısı arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. Sigara içme durumu ile yeme tutumu ve benlik saygısı skoru arasında anlamlı bir fark elde edilmemişken vücut kitle indeksi sigara içen kişilerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Medeni durum ile araştırılan durumlar arasında vücut kitle indeksi olarak evliler daha yüksek bulunmuş yeme tutumu skoru ise bekarlarda yüksek saptanmıştır. Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu arasında anlamlı olarak pozitif korelasyon mevcutken benlik saygısı arasında negatif anlamlı olmayan bir korelasyon elde edildi. Yeme tutumu ve benlik saygısı arasında negatif ve anlamlı olmayan bir korelasyon mevcuttu.

Sonuç: Çalışmamızda vücut kitle indeksinin cinsiyet, medeni durum ve sigara içimi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Vücut kitle indeksi arttıķa yeme davranışı bozulmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da vücut kitle indeksinin benlik saygısı üzerinde olumsuz etkisinin olduğu görülmüştür. Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu arasında hangisinin diğerini etkilediği konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Vücut kitle indeksi, yeme tutumu, benlik saygısı, sigara iimi

ABSTRACT

Introduction and Aim: Eating disorders with physical and psychosocial dimensions are manifested by the deterioration in the eating and eating habits of the individual about eating, body weight and appearance. Most epidemiological studies have shown a strong relationship between body mass index and eating attitude and self-esteem. In this study we examined the relationship between body mass index and eating attitude and self-esteem in patients admitted to Dicle University Faculty of Medicine Family Medicine outpatient clinic.

Material and Methods: The patients between 18-65 years of age who applied to Dicle University Medical Faculty Hospital Family Medicine Outpatient Clinic between 01.11.2018 and 01.02.2019 as the universe of this descriptive cross-sectional study. The sociodemographic characteristics, body mass index, self-esteem and eating attitudes of the patients who applied to the outpatient clinic between these dates and the relationship between these parameters and the effect of body mass index and eating attitude on self esteem were investigated.

Results: Of the participants, 155 (51%) were male and 149 (49%) were female. 102 (33.6%) of the participants were married and 154 (66.4%) were single, and 186 (61.2%) were university graduates, 75 (24.7%) were high school graduates and 16 (5.3%) were secondary school graduates, 12 (3.9%) were primary school graduates and 15 (4.9%) were illiterate. According to gender, there was a significant difference between body mass index and eating attitude, while no significant difference was found between self esteem. While there was no significant difference between smoking status and eating attitude and self-esteem score, body mass index was significantly higher in smokers. Among the cases investigated by marital status, the body mass index was found to be higher than married and the eating attitude score was higher in the bachelors. While there was a significant positive correlation between body mass index and eating attitude, a negative non-significant correlation was found between body mass index and self-esteem. There was a negative and nonsignificant correlation between eating attitude and self-esteem

Conclusion: In our study, body mass index was found to be related to sex, marital status and smoking. A positive correlation was found between body mass index and eating attitude. As the body mass index increases eating behavior deteriorates. Although it was not statistically significant, body mass index had a negative effect on self-esteem. Further studies are needed to determine which affects the other between body mass index and eating attitude.

KEYWORDS: Body mass index, eating attitude, self-esteem, smoking



İÇİNDEKİLER

Sayfalar

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
KISALTMA DİZİNİ	viii
TABLO DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obezite.....	3
2.1.1. Tanım ve tarihçe	3
2.1.2. Obezite ölçüm yöntemleri ve VKİ	4
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Etiyoloji	8
2.1.5 Obeziteye eşlik eden sağlık sorunları	9
2.2. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları	10
2.2.1. Anoreksiya nervroza.....	12
2.2.1.1.Tanı ölçütleri.....	12
2.2.1.2. Epidemiyoloji	14
2.2.1.3. Psikolojik etiyoloji.....	15
2.2.1.4. Biyolojik etiyoloji.....	15
2.2.1.5. Klinik gidiş.....	16
2.2.1.6. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar.....	17
2.2.1.7. Tedavi.....	17
2.2.2. Bulimiya Nervroza.....	17
2.2.2.1. Tanım.....	17
2.2.2.2. Tanı ölçütleri.....	17
2.2.2.3. Epidemiyoloji.....	19

2.2.2.4. Psikolojik Etiyoloji.....	20
2.2.2.5. Biyolojik etioloji.....	20
2.2.2.6. Klinik gidiş.....	20
2.2.2.7. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar.....	21
2.2.2.8. Tedavi.....	21
2.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	21
2.2.3.1. Tanım.....	21
2.2.3.2. Tanı ölçütleri.....	21
2.2.3.3. Epidemiyoloji.....	22
2.2.3.4. Tedavi.....	23
2.2.4. Tanımlanmış Diğer Bir Yeme ve Beslenme Bozukluğu.....	23
2.2.4.1. Tanı ölçütleri.....	23
2.2.4.2. Epidemiyoloji.....	23
2.3. Benlik Saygısı Kavramı.....	24
2.3.1. Düşük ve yüksek benlik saygısı.....	24
2.3.2. Benlik saygısının gelişimi.....	26
2.3.3. Benlik saygısını etkileyen faktörler.....	27
3. MATERYAL METOD	29
3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	30
3.2. Vücut Kitle İndeksi.....	30
3.3. Yeme Tutumu Testi.....	30
3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	31
4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	32
5. BULGULAR	33
6. TARTIŞMA	45
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
8. KAYNAKLAR	52
9. EKLER	60

KISALTMA DİZİNİ

- VKİ: Vücut Kitle İndeksi
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
TSA: Türkiye Sağlık Araştırması
DM: Diyabetes Mellitus
HT: Hipertansiyon
YB: Yeme Bozuklukları
AN: Anorexia Nervosa
TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Vücut yağı ölçüm yöntemleri

Tablo 2: Vücut kitle indeksi'ne göre obezite sınıflaması

Tablo 3: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4: Katılımcıların ölçümsel değerleri

Tablo 5: Katılımcıların VKİ gruplarına göre dağılımı

Tablo 6: Katılımcıların cinsiyete göre VKİ ortalaması

Tablo 7: Katılımcıların cinsiyete göre yeme tutumu skor ortalamaları

Tablo 8: Katılımcıların cinsiyete göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

Tablo 9: Katılımcıların eğitim durumlarına göre VKİ ortalamaları

Tablo 10: Katılımcıların eğitim durumlarına göre yeme tutumu skor ortalamaları

Tablo 11: Katılımcıların eğitim durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

Tablo 12: Katılımcıların sigara kullanımına göre VKİ ortalamaları

Tablo 13: Katılımcıların sigara kullanımına göre yeme tutumu skor ortalamaları

Tablo 14: Katılımcıların sigara kullanımına göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

Tablo 15: Katılımcıların medeni durumlarına göre VKİ ortalamaları

Tablo 16: Katılımcıların medeni durumlarına göre yeme tutumu skor ortalamaları

Tablo 17: Katılımcıların medeni durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

Tablo 18: Katılımcıların meslek durumlarına göre VKİ ortalamaları

Tablo 19: Katılımcıların meslek durumlarına göre yeme tutumu skor ortalamaları

Tablo 20: Katılımcıların meslek durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

Tablo 21: Katılımcıların yaş, VKİ, yeme tutumu skoru, Rosenberg benlik saygısı ve sigaranın birbirleriyle ilişkisi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme davranış bozuklukları bedenlen, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla birlikte; kişinin yemek yeme davranışı, kilo ve dış görünümüyle ilgili düşünce ve yeme tutumunda bozulma gibi belirtileri olan, kişinin yeme tutumu ve beden imajıyla ilgili algı bozulmalarıyla kendini gösterir (1).

Yeme bozuklukları, yeme davranışının bozulduğu ve bununla birlikte kişinin duygularında, düşüncelerinde ve psikolojisinde bozulmalara yol açan yaşamı olumsuz etkileyen ciddi hastalıklardır. (2). 80’li yıllardan bugünlere giderek artan ve erişkin bireylerde görölme sıklığı daha fazla olan yeme bozuklukları, ruhsal ve fiziksel sorunlarla komorbidite ve yüksek mortalitesi nedeniyle tedaviye daha etkili olabilmesi için erken tanı gerektirir (3).

Obezite en yaygın seçenek olan vücut kitle indeksi hesaplamasına göre yapılır ve dünya genelinde giderek sıklığı artmaktadır. Ülkemizde iller arasında farklı düzeylerde olmakla birlikte obezite sıklığı %20 ile %50 arasında olduğu bildirilmiştir (4).

Benlik saygısı doğumla birlikte başlayan bir süreç olup hayatın ilerleyen dönemlerinde de farklıklar gösterir (5). Benlik saygısı ve beden algısı, etkileşim içinde olan yakın ilişkili kavramlardır. Benlik saygısı, bireyin kendinin ve yeteneklerinin farkında olması gücünün nelere yetip yetmediğini kavrayabildiği buna göre kendini kabullendiği tüm bunlarla birlikte kendisiyle barış ve sevgi içinde olduğu duygularının tamamını bütünsel olarak ifade etmektedir (6).

Benlik saygısı zayıf kişilerde depresyon, aşırı stres, sinirlilik hali, güven problemleri, iletişim becerilerinde problemler, yeme davranışlarında bozulmalar, toplumdan kendini soyutlama gibi daha birçok psikolojik rahatsızlıklar meydana gelir ve kişinin hem kendisine hem de birlikte yaşadığı çevresine rahatsızlıklara neden olur (7).

Epidemiyolojik çalışmalar vücut kitle indeksi ile yeme tutumu ve benlik saygısı arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Vücut kitle indeksinin, yeme bozuklukları ve benlik saygısı üzerine etkileri ortaya konulmuştur (8).

Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda vücut kitle indeksi ile benlik saygısı ve yeme tutumu arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedeflemekteyiz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Tanım ve tarihçe

Obezite, gitikçe yaygınlaşan ve tüm dünyayı ilgilendiren ciddi boyutlara varan büyük bir sağlık problemidir. Taş döneminde yapılmış heykellerdeki figürler incelendiğinde obezitenin tahminlerimizin ötesinde çok uzun yıllardan beri insan hayatında olduğu anlaşılmaktadır. Tarih boyunca dönemin en ünlüleri de dahil olmak üzere hekimler bu mühim problem ile uğraşmışlardır. Hipokrat, obezitenin humor (vücut sıvısı) fazlası olduğuna inanmış ayrıca obezitenin insan sağlığı yönünden tümüyle büyük sıkıntıya neden olduğunu eserlerinde belirtmiştir. İkinci yüzyılda Bergama'lı Galen, obezitenin sebepleri ve şifası olacak yöntemlerle ilgilenmiştir. Aulus Cornelius Celcus (MÖ 25), Dioscorides (MS 1.yy), Amida'lı Aetius (MS 6. yy) Tralles'li Alexander (MS 6. yy), Theophilus Protospatharius (MS 7.yy) ve Aegina'lı Paul (MS 7. yy) obezite, etyolojisi, klinik belirtileri ve tedavisi hakkında önemli ölçüde çalışmışlardır (9).

İnsanoğlunun tarih boyunca açlık, kıtlık ve yokluklarla karşılaştığı düşünüldüğünde aşırı kilolu ve obez olmanın hemen hemen tüm toplumlarda sağlık ve zenginlik göstergesi olarak algılanması gayet doğal görünmektedir. Kıtlık ve yoksulluk dünyanın birçok yerinde hala mevcut olsada, beslenme yetersizliği ve enfeksiyon hastalıklarının neden olduğu sağlık problemlerinin yerini, çoğu yerde fazla beslenme ve obezitenin neden olduğu sağlık problemlerine bırakmıştır (9,10).

Gelişmekte olan ülkelerin gelirlerinin artması ve buna bağlı olarak refah düzeyinin artması, batılı yaşam modelinin benimsenmesi, daha fazla enerji alınırken daha az enerji harcanması, kırsaldan kentlere göçlerinde hızlanmasıyla birlikte obezite sadece gelişmiş ülkelerin sorunu olmaktan çıkmıştır. Sonuç olarak obezite sıklığı, dünyada doğu-batı veya zengin-fakir ayrımı yapılmaksızın her kesimde gittikçe artmaktadır (10).

Obezite, genetik ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan, vücuda alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ

kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize olan metabolik bir bozukluktur. Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “Sağlığı bozacak ölçüde, yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesidir” şeklinde tanımlanmakla birlikte yaşamı ciddi olarak etkileyen biyolojik, ruhsal ve sosyal komplikasyonları olan, başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere tüm organ ve sistemleri etkileyerek çeşitli sağlık sorunlarına hatta ölümlere yol açabilen bir metabolik bozukluktur (10).

2.1.2. Obezite ölçüm yöntemleri ve VKİ

Obezite ile mücadelenin etkili yapılabilmesi için tanısının hızlı, basit ve doğru bir şekilde konulması gerekmele birlikte obezitenin en doğru ölçümü doğrudan vücudun yağ dokusu miktarını ölçen yöntemleri kullanmaktır, fakat bunlar pahalı ve kullanması zor yöntemler olup genellikle bu yöntemlerle benzer sonuçlar veren ve kullanışlı bir yöntem olan vücut kitle indeksi (VKİ) yöntemi tercih edilir. VKİ vücut yağının tahmini olarak ölçümü olup direkt vücut yağı ölçümü yapmaz ancak vücuttaki yağ miktarını %90 oranında gösterdiği yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Sporcular, kas gelişimi yapanlar, ödeme yol açan kalp yetmezliği ve böbrek hastalığı olanlar, gebelik gibi durumlarda yanıltıcı sonuçlar verebilir, örneğin; zayıf, fakat kas kütlesi fazla olan bir bireyde yağ dokusu miktarında artış olmadan da normalin üstünde vücut kitle indeksi çıkabilir. Her ne kadar yağlanmayı direkt olarak ölçmesede Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen, antropometrik ölçüm, vücut ağırlığı ve boy ölçümünden elde edilen VKİ, pratik kullanılabilen, cinsiyet ayırımı yapılmadan, tüm kişilere uygulanabilen, en yaygın, geçerli ve standart bir boy-ağırlık indeksidir. Genel olarak vücut yağ miktarını ölçümünde kullanılan yöntemler Tablo 1’ de verilmiştir (11).

DSÖ, fazla kilolu ve obezite tanımını vücut kitle indeksine [$VKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$] dayanarak yapmaktadır. Aşırı kilo için VKİ’nin 25 ile 29.9 kg/m² arasında olması, obezite tanımlamasının yapılabilmesi için ise VKİ’nin 30 kg/m²’ye eşit veya üzerinde olması gerekir (12).

Irklar ve farklı cinsiyetler arasında farklılıklar gösteren VKİ, tüm ırklarda yaşa göre artış benzer düzeylerde olup farklı ırklarda farklı VKİ’lerinin görülmesi

obezite sınıflaması için farklı VKİ düzeylerinin yeniden belirlenmesini gerektirebilir. Çoğu toplumlarda vücut ağırlığının artması koroner kalp hastalığına ilişkin artmış morbidite ve mortalite ile çok yakından alakalıdır (13,14).

VKİ kilogram olarak vücut ağırlığının metrekaresi olarak boya bölünmesi ile hesaplanır. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüleri'nin VKİ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 2'de gösterilmiştir (13).



Tablo 1. Vücut yağı ölçüm yöntemleri

Yöntem	Maliyet	Zorluk	Doğruluk	Bölgesel yağ ölçme
BKİ	*	*	***	-
Bel ve kalça çevresi ölçümü	*	*	**	+
Deri kıvrım kalınlığı	*	*	*	+
Ultrason	**	**	**	+
Tüm vücut elektriksel İletkenliği	***	**	***	-
Pletismograf	***	***	***	-
Potasyum izotopu	*****	***	***	-
Ağır su	***	**	***	-
Vücut yoğunluğu İmmersiyon	*	**	***	-
Yağda çözünen gaz	**	***	***	-
Biyoelektrik impedans	**	*	***	-
Nötron aktivasyonu	*****	***	***	-
Manyetik rezonans	*****	***	***	+
Bilgisayarlı tomografi	*****	***	***	+
Absorbsiyometre (DEXA)	***	*	***	+

Tablo 2. Vücut kitle indeksi'ne göre obezite sınıflaması

Sınıflama	VKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18.5
Normal kilo	18.5-24.9
Fazla kilolu	25-29.9
Obezite derece 1	30-34.9
Obezite derece 2	35-39.9
Morbid (Aşırı) Obezite derece 3	≥40

2.1.3. Epidemiyoloji

Dünya genelinde DSÖ'ye göre 1980 li yıllardan günümüze obezite prevalansı iki katına çıkmış, küresel olarak 1980 yılında erkeklerin %5'i, kadınların%8'i obez iken 2008 yılına gelindiğinde bu oran erkeklerde %10 kadınlarda %14 olacak şekilde arttığı görülmüştür. DSÖ verilerine göre kadınlar erkeklere obeziteye daha meyillidir. 2008 yılında dünyada 20 yaş ve üzerinde 1,4 milyar fazla kilolu yetişkin birey içerisinde 200 milyondan fazla erkek ve 300 milyona varan kadın obez olduğu görülmüştür (10,12).

Fazla kilolu ve obez kişilerin prevalansı DSÖ'ye göre Amerika bölgesinde (%36 fazla kilolu, %26 obez) en yüksek seviyede olup, Güney Doğu Asya bölgesinde (%11 fazla kilolu, %3 obez) en düşük seviyededir (10).

Ortalama VKİ küresel çapta artmakta olup, erkeklerin %36,9'unun kadınların %38'inin VKİ≥25'in üzerinde saptanmış olup 2013 yılında yapılan araştırmaların verilerine göre; Belçika'da erkeklerde %20 kadınlarda %21,7, Meksika'da erkeklerde %21, kadınlarda %33, İngiltere'de erkek ve kadınlarda %25, Pakistan'da erkek ve kadınlarda %14 olarak saptanmıştır (13,14,15).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin yapmış olduğu Türkiye Sağlık Araştırması (TSA), 2010 verilerine göre on beş yaş ve üzerindeki kişilerin kendi beyanlarıyla ortaya koyduğu boy ve kilolarına göre VKİ hesaplaması yapılmış ve bu verilere göre %16,9'u obez ve %33,0'ü fazla kiloludur. Cinsiyet baz alınarak değerlendirildiğinde

yurdumuzda on beş yaş ve üzeri erkeklerin %37'si fazla kilolu ve %13'ü obez olup kadınların %28'i fazla kilolu ve %21'i obezdir (16).

2.1.4. Etiyoloji

Obezitenin başlıca nedeni ihtiyaçtan daha fazlasının tüketilmesi yani alınan kaloringin harcanandan fazla olmasıdır ki bu tip obeziteye eksojen obezite denir. Eksojen obezite dışında, obezite ile birlikte seyreden çok sayıda rahatsızlık, hastalık ve sendromlar var olmaktadır ve bunların bir kısmı hipotalamik ve hormonal kökenlidir. Çoğu zaman fiziksel aktivitenin yeterli düzeyde yapılmaması sorumlu gösterilmekle birlikte birçoğunda altta yatan patogeneze bilinmemektedir (17).

Patolojik obezite nedenleri:

I. Endokrin nedenler:

Pseudohipoparatiroidizm tip 1

Polikistik over sendromu

Hipotiroidizm

Hiperinsülinizm

Cushing sendromu

Büyüme hormon eksikliği

II. Kraniofarenjioma

III. Hipotalamik sendromlar:

A. Laurence-Moon Biedl sendromu

B. Fröhlich sendromu

IV. Diğer sendromlar:

A. Down sendromu

B. Cohen sendromu

C. Carpenter sendromu

D. Turner sendromu

E. Klinefelter sendromu (17)

Obezitenin genetik nedenlerden etkilendiği yapılan geniş epidemiyolojik araştırmalar sonucunda gösterilmiştir. Ebeveynleri aşırı kilolu olanların çocuklarında aşırı kilolu olma eğiliminde olduğu gösterilmiş ve bu durumun çocukların

ailelerinden ve onların beslenme alışkanlıklarından uzak yetiştirildiğinde dahi geçerli olması genetik faktörlerin önemini göstermektedir (18).

Çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 arasında olduğu ikizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan araştırmalarda gösterilmiş ve bu çalışmalarda en önemli faktörlerden biri olarak aile bireylerinin obez kişiler olması gösterilmiştir. Hem annesi hem babası obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, anne veya babadan birisi obez olanlarda %40, anne ve babası obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (18).

2.1.5. Obeziteye eşlik eden sağlık sorunları

Obezite; sağlık bakım harcamalarının sınırlı kaynaklarla yapıldığı ve bu sınırlı kaynakları tehdit eden özellikle Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM), kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon (HT) ve kanser gibi hastalıkların artışına neden olan ciddi sağlık sorunlarına yol açan bir hastalıktır. Obezitede meydana gelen değişiklikler kabaca iki grupta toplanabilir: yağ doku kitlesindeki artış ve artmış yağ dokusu hücrelerinden patojen ürünlerin (adipokinlerin) salınımındaki artış (19).

- Temelde yağ dokusu kitlesinin artışına bağlı gelişen sorunlar: Obezitenin bireyde sebep olduğu sosyal ve psikolojik sorunlar, artmış parafarengeal yağ depolanması sonucu meydana gelen obstruktif uyku apnesi sendromu (OSAS) ve artan yağ dokusunun eklemlerde laserasyonlara neden olması sonucu gelişen osteoartritlerdir (20).

- Yağ hücrelerinin metabolik ve salgısal işlev değişiklikleri sonucu gelişen sorunlar: Bu komplikasyonlara, büyümüş yağ hücrelerinden salınan ve yağ dokusundan uzakta etki gösteren maddeler (adipokinler) neden olur. Bu durumun en bilinen örneği insulin rezistansıdır. İnsulin rezistansı, obezitede yağ dokusundan artmış serbest yağ asidi salınımı ve salınan bu yağ asitlerinin karaciğer ve çizgili kasta birikmesiyle ilgilidir. İnsulin rezistansı pankreas beta hücrelerinin fonksiyon kapasitesini aşmaya başlayınca Tip 2 DM ortaya çıkar. Yağ dokusundan artmış sitokin salınımı, özellikle de interlokin-6 (IL-6), düşük dereceli inflamatuvar süreci başlatabilir. Artmış plasminojen aktivator inhibitor-1 salınımı, tromboza ve prokoagülan durumlara yatkınlık meydana getirir. Buna eşlik eden endotel işlev bozukluğu da kardiyovasküler hastalık ve HT için altyapı oluşturur. Büyümüş stromal kitleden salınan östrojen, meme kanseri için risktir. Artmış sitokin salınımı

diğer kanser gelişimlerinde de olası rol oynayabilir. Artmış yağ dokusunun tüm bu patojenik faktörleri birlikte olduğunda yaşam süresinde kısalma meydana gelir (20).

Obeziteyle dolaşan kan volümünün artması, artmış damar basıncına ve kalbin pompaladığı toplam kan volümündeki artışın etkisiyle HT gelişmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda serbest yağ asitlerinin vazokonstriksiyonda artış meydana getirdiği ve nitrik okside bağlı damar gevşemesinde azalma meydana getirdiği, yapılan başka çalışmalarda sempatik tonusun artması bu durumu daha da kötüleştirdiği belirtilmektedir. Hiperinsülinemiyle birlikte böbrekten emilen sodyum miktarının fazlalaşması obezlerde kan basıncının artmasına neden olur. Obezlerde HT mevcudiyetiyle kalp kası hipertrofiye uğrar bunun sonucunda duvar kalınlığında artış meydana gelir ve böylece kalp yetmezliği gelişme ihtimali artmaktadır (21,22).

İnsülin direnci, insüline bağımlı olarak meydana gelen, glikozun hücreler tarafından alınması, oksidasyonu, depolanması ve glikoz salınımının inhibisyonu aşamalarında direnç görülmesi anlamındadır. İskelet kası, insüline bağımlı glikozun alındığı, oksidasyonunun yapıldığı ve glikozun esas olarak depolandığı yerdir. Karaciğer ise glikozun temel olarak üretildiği organdır. İnsülin direnci, hiperinsülinemiye ve pankreatik beta hücre hasarı kendini gösterdikten sonra Tip 2 DM'ye neden olmaktadır (23).

Abdominal obezitede insülinin glikoz harcanmasını ve depolanmasını sağlayan etkileri ve kana yağ asidi salınımını engelleyici etkisi azalmaktadır. İskelet kası ve karaciğerde obeziteden bağımsız olarak artmış yağ asidi oranı insülin direncine neden olur. Fiziksel olarak kilo artışının diyabet oranını artırdığı bilinen bir gerçektir ve tip 2 DM riski obezitenin derecesi, ne zamandan beri olduğu ve abdominal obezitenin var olması ile yakından ilişkilidir (24).

2.2. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörlerin etkisiyle meydana gelen karmaşık bir olay olarak görülmektedir. Yemek yeme, biyolojik gelişim ve fizyolojik özelliklerimiz için ihtiyaç olma dışında bebeğin annesiyle olan ilişkisinden başlayan tüm sosyal, duygusal bağları ve acı, haz gibi çeşitli duyguları uyandıran yaşantılarıyla da yakından ilişkili olduğu anlaşılmaktadır (25).

Obezitenin temelinde yeme tutumlarının sorumlu olmadığı bilinmekte olup obezler arasında fazla yemenin ortak nokta olduğu kabul gören yaygın bir kanaattir. Obez kişilerin normal kilolu kişilere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir ve bu kişiler dışarıdan gelen uyaranlara diğer kişilere göre daha fazla yanıt verirler. Bu kişiler normal kilolu kişilere göre ağrı, stres ve diğer uyaranlara karşı daha fazla uyarılırlar. Bunlardaki uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış uyaranlara cevap vermedeki artışla birleşince bu durum aşırı yeme ile sonuçlanabilir. Çalışmalar obez bireylerin, kaygılı olmalarına sebep olacak olaylarla karşılaştıklarında normal kilolu kişilere kıyasla anlamlı şekilde daha fazla yemek yediklerini ortaya koymuş ve bu çalışmalar obezlerde yeme tutumları ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki olduğunu düşündürmüştür. Obezlerin ortalama %10'unda gün içinde karşılaştıkları streslerin sonucu olarak meydana gelen sabah iştahsızlığı, uyku problemleri ve gece yemek yeme gibi davranışlar ortaya çıkar. Bu durum çoğu zaman stresliyken meydana gelir ve stresli durum geçinceye kadar devam eder. Meydana gelen yeme ataklarının çoğunda açlık dürtüsü olmamakla birlikte yeme kontrolü kaybedilir ve aşırı derecede yemek yenir. Bu şekilde yeme özellikleri olan obezlerin obezite tanı kategorisi içinde ayrı bir alt grup olduğu düşünülmektedir (26,27).

Yeme bozukluklarını inceleyen araştırmalar özellikle obez hastalarda az sayıda ve sınırlı olup bununla ilgili en çok üzerinde durulan tıkanırcasına yeme bozukluğudur. Başka şekilde adlandırılmayan yeme bozuklukları içinde yer alan bazı yazarlarca tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) olarak isimlendirilen klinik durum obezite ile ilişkisi açısından dikkat çekmektedir. Bu bozuklukta bulimia nervozadakine benzer yeme atakları var olmakta, kusma ve aşırı yemeyi dengeleyici diğer davranışlar olmamaktadır (26,27).

TYB sıklık olarak toplumda %2 olarak bildirilmiş, çoğu zaman şişmanlıkla birlikte olup kadınlarda daha yüksek oranda görülmektedir. TYB olan ve olmayan obezlerin yeme davranışı, psikolojik durumlarını ve aile hikayelerini birbirleriyle kıyaslayan araştırmalar mevcuttur. TYB olan obez kişilerin, TYB olmayan obez kişilerden aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında kontrol duygusunu kaybetmeleri yönüyle ayrıldıkları bildirilmektedir. TYB olan obezlerde şişmanlık, TYB olmayan obezlere göre daha erken başlamakta, bu kişiler ağır ve gerçekleşmesi imkansız sıkı

perhizler uygulamaya daha erken zamanlarda başlamaktadırlar. TYB olanların psikolojik ve patolojik yönden psikiyatri kliniklerindeki ayaktan takip edilen hastalarla benzerlik göstermektedir (28,29).

Yeme bozuklukları (YB), vücut ağırlığı ile çok fazla uğraşma ve yeme tutumunda değişikliklerle giden, Anoreksiya Nervoza (AN), Bulimiya Nervoza (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve Tanımlanmış Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları (TDYB) gibi bozuklukları içeren bir hastalık grubudur (30).

2.2.1. Anoreksiya nervoza

AN, kişinin olması gereken en asgari düzeydeki kiloya sahip olmayı istememesi ve bunu reddetmesi bununla birlikte kilo almaya karşı aşırı korku ve kendi vücudunun biçimi ya da boyutunu algılamasıyla ilgili belirgin bir şekilde bozukluk sergilemesiyle karakterizedir. Zayıf olmak ve zayıf kalmak için olağanüstü gayret gösterme AN'nin özüdür. Birey, yaşı ve boyu için normal olan en asgari vücut ağırlığının altında vücut ağırlığına sahiptir. Çoğu kez kilo kaybı, öncelikle, toplam gıda alımını azaltma yoluyla elde edilir. Ek kilo verme yöntemleri çıkartmayı (kusturma gibi) ve aşırı egzersizi içerir (31).

2.2.1.1. Tanı ölçütleri

AN tanısı için kriterler ilk defa 1970'te Gerald Russell tarafından öne sürülmüş olup bariz şekilde kilo kaybına neden olan psikolojik ve davranışsal bir bozukluk, yemek yeme kontrolü duygusunu kaybedip kilo almaktan mutlak surette kaçınma ile kendini gösteren bir psikopatoloji ve kadınlarda amenore, erkeklerde ise cinsel istekte azalmanın kendini ön planda gösterdiği endokrin bir hastalık düşüncesi üzerinde durmuştur. Feigner'in, 1972'de AN için önerdiği tanı kriterlerinde ise, başlama yaşı 25'in altındadır ve anoreksi başlangıçta vücut ağırlığının %25'inden fazlasının kaybı ile birlikte ve ayrıca bradikardi, amenore, lanugo, bulimik epizodlar, hiperaktivite dönemleri ve kusmadan en az ikisi de bulunmalıdır (32).

DSM-III'te AN tanısında beden imajının bozukluğu ve kilo alma korkusu vurgulanmış, Feighner'in kilo kaybı için öngördüğü %25 kriteri aynen kullanılmış, fakat vücut ağırlığının en az %25'inin kaybının tanı için şart olmasının katı olduğu görüşüne varılmış ve eleştirilmiştir. DSM-III-R'de başlangıçtaki vücut ağırlığının %15'inin kaybı tanı için yeterli olduğu görüşüne varılmış ve amenore tanı ölçütü olarak gündeme gelmiştir (32).

DSM-IV-TR’de ise AN için tanı kriterleri:

A. Yaşı ve boy uzunluğu için normal olan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığında olmayı kabul etmeme (örn. beklenenin %85’inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya neden olan bir kilo kaybı ya da büyüme döneminde, beklenenin %85’inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya neden olacak şekilde beklenen kilo alımını gerçekleştirilememe).

B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığı olmasına karşın kilo almaktan ya da kilolu biri olmaktan aşırı korkma.

C. Kişinin vücut ağırlığı ya da beden imajını algılamasında bozukluk olması, vücut ağırlığı ya da biçimini değerlendirmede anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini reddetme.

D. Kadınlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması. (Sadece hormon verilmesi ardından menstruasyon dönemleri oluyorsa amenoresi olduğu düşünülür.)

Kısıtlı Tip: Anoreksiya Nervosa’nın o sıradaki epizodu sırasında düzenli bir şekilde tıknırcasına yeme ya da çıkartma davranışı göstermemiştir.

Tıknırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervosa’nın o sıradaki epizodu sırasında düzenli bir şekilde tıknırcasına yeme ya da çıkartma davranışı göstermiştir (33).

DSM-5’te AN tanı kriterleri:

A. İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlama davranışı, kişinin cinsiyeti, yaşı, gelişimsel olarak benimsediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir şekilde düşük bir vücut ağırlığının olmasına neden olur. Bariz bir şekilde düşük vücut ağırlığı, olması gereken en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

B. Şişmanlamaktan ya da kilo almaktan çok korkma ya da bariz bir şekilde düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen kilo almayı zorlaştıran sürekli davranışlarda bulunma.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini algılamasıyla ilgili bozukluk mevcut olup kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine anlamsız bir önem yükler ya da düşük vücut ağırlığının önemini asla kavrayamaz.

Kısıtlayıcı Tür: Kişinin, son üç ay içinde, tekrarlayan tıkinırcasına yeme ya da çıkarma epizodları olmamıştır. Bu alttür, fazlaca diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/veya aşırı derecede spor yaparak kilo kaybedilen kişileri tanımlar.

Tıkinırcasına Yeme/Çıkarma Türü: Kişinin, son üç ay içinde, tekrarlayan tıkinırcasına yeme ya da çıkarma (örn. laksatif ilaçlar, kendini kusturma, diüretik ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.

Tam olmayan yatışma gösteren: AN için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı kriteri uzun bir zamandır karşılanmamaktadır, fakat ya B tanı kriteri ya da C tanı kriteri yine karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren: AN için tanı kriterleri daha öncesinde tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı kriteri uzun bir zamandır karşılanmamaktadır.

Ağırlığın en düşük düzeyi, erişkinler için, o sıradaki VKİ'e göre, çocuklar ve gençler içinse VKİ persantiline göre belirlenir. Aşağıdaki değer aralıkları, erişkinler için Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için bunlara eşdeğer gelen persentiller kullanılmalıdır. Klinik belirtileri, işlevsel yetersizliğin derecesini ve gözetim altında tutulma gereğini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir (34).

Ağır olmayan: VKİ ≥ 17 kg/m²

Orta derecede: VKİ 16-16.99 kg/m²

Ağır: VKİ 15-15.99 kg/m²

Aşırı düzeyde: VKİ < 15 kg/m² (34).

2.2.1.2. Epidemiyoloji

AN görülme sıklığı son çalışmalarda Avrupalı kadınlarda %1-4, Japonya'da %0,43, Çin'de %1,05, Latin Amerika'da %0,1 ve Afrika'da %0,01'den az olarak bulunmuş yapılan bir metaanaliz çalışmasında AN görülme frekansında 1970'e kadar artış, sonrasında ise yavaşlama olduğu bildirilmiştir. Hastaların sadece yaklaşık olarak 3'te 1'i kadarı tedaviye başvurmaktadır. AN'nin, orta ve yüksek sosyoekonomik sınıflarda, zayıf kalmanın önemli olduğu mankenlik, balerinlik gibi meslek gurupları arasında ve sporcularda daha fazla görüldüğü düşünülmekte olup, bir metaanalizde AN'nin toplumda %2, dansçılarda ise %4 oranında olduğu gösterilmiştir (35).

2.2.1.3. Psikolojik etiyoloji

AN, psikodinamik taraftan çeşitli nedenlere bağlanmıştır. Bruch, ebeveyn faktörünün yetersizliğine veya ilgisizliğine bağlı olarak, AN'li hastada duygusal ve fiziksel gereksinimleri ayırt edememenin geliştiğini ileri sürmüş, yaşamın erken dönemindeki bağlanma problemlerinin meydana çıkarmış olduğu çaresizlik ve yetersizliklerle başa çıkma gayreti olarak yeme patolojisinin ortaya çıktığını öne sürmüştür. Bunun gibi durumda olan hastalar aşırı bir kontrol mekanizması geliştirmiş olup, kimlik ve etkinlik çabası içindedirler ve bunun sonucu olarak aşırı zayıf olmaya uğraşmaktadırlar. Bilişsel davranışçı yaklaşım açısından ise AN, düşük benlik saygısı ve olumsuz yaşam olayları neticesinde beden şekline ve ağırlığına çok fazla önem vermeye bağlı olarak gelişmektedir (36,37).

2.2.1.4. Biyolojik etiyoloji

AN'nin biyolojik etiyolojisinde birbirinden farklı nörotransmitter ve nöropeptidlerle ilgili araştırmalar yapılmış olmakla birlikte, şimdiye kadar AN'nin ortaya çıkmasını açıklayacak bir mekanizma bulunamamıştır. Yetersiz beslenen ve olması gereken normal kilosunun altında olan AN'li kişilerde kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), beta endorfin, leptin ve nöropeptid Y konsantrasyonlarında normal kişilere göre değişim mevcut olup ve bu düzeyler iyileşme ile normale dönmektedir. Ancak bu değişimlerin AN'nin meydana çıkmasında etkili olan bir etken mi yoksa beslenme yetersizliğine yanıt olan dengeleyici bir mekanizma mı olduğu bilinmemektedir. Klinik çalışmalarda AN'li hastaların plazma ghrelin seviyelerinin, yakın yaştaki sağlıklı gönüllülerden ve yeme bozukluğu bulguları olmayan ancak yapısal olarak zayıf kişilerden yüksek seviyede olduğunu göstermiş ve bu hastaların kilosunun eski düzeylerine ulaşmasının ardından ghrelin seviyelerinin normal değerlere gerilemesi, bu değişikliklerinde beslenme şeklindeki farklılıklara bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Bilgisayarlı tomografi (BT) çalışmalarında AN'li hastalarda serebral atrofi ve ventriküllerde genişleme meydana geldiği, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ise beyin omurilik sıvısı volümünde artma, total beyaz ve gri madde volümünde azalma meydana geldiği ve ventriküllerde genişleme olduğu saptanmıştır (36).

AN'li 12 hasta ve 11 sağlıklı kontrolle yapılan fonksiyonel MRG çalışmasında, AN'lilerde tedavi öncesinde ön singulat korteksi de içeren bilateral ön

loblarda bölgesel kan akımında azalma olduğu saptanmış, tedavi sonrası sağ pariyetal lob kan akımında artış meydana gelirken, ön singulat korteksteki azalmış kan akımının tedaviye rağmen kalıcı olduğu gözlenmiştir. AN’de açlık, egzersiz, uygulanan tedaviler ve eştanılar gibi çeşitli etmenler, nörogörüntüleme çalışmalarının yorumlanmasını güçleştirmekle birlikte, bu faktörler kontrol edildiğinde, sol medial orbitofrontal girus rektus volümündeki artış, hastalığın hem akut hem de remisyon döneminde gözlenmiştir. Ayrıca çalışmalar, AN’li bireyde şişman olduğuna yönelik alginın insula fonksiyonundaki farklılıklarla ilişkili olabileceğini göstermektedir (38).

2.2.1.5. Klinik gidiş

AN’li hastalar genellikle günlük toplam kalori ihtiyacının çok az bir kısmını karşılarlar ve buna bağlı olarak farklı tıbbi komplikasyonlar gelişebilmektedir ancak açlığa veya dengeleme davranışına sekonder gelişen metabolik ve fiziksel değişiklikler ise sıklıkla geri dönüşlüdür. Bunların arasında hipokalsemi, hipokalemi, gastrointestinal motilite bozuklukları, ortostatik hipotansiyon, sinüs bradikardisi, kardiyomiyopati, senkop, ikincil seks karakterlerinin gelişiminde durma, amenore, libido kaybı, osteopeni, karaciğerde yağlı dejenerasyon, hiperkolesterolemi, dermatolojik bozukluklar, hematolojik ve immun sistem bozuklukları sayılabilir. Hipokalemi, yol açtığı kardiyak ve renal bozukluklar nedeniyle bu komplikasyonlar arasında en sık ölüm nedenidir. AN’de tanı konulması ile iyileşme arası ortalama 5-6 yıldır ve iyileşme oranı %50 civarındadır. Hastalık boyunca iyileşme ve tekrarlama dönemleri olabilir bununla birlikte psikiyatrik hastalıklar içinde en yüksek ölüm oranı olan bozukluk AN’dir. Aynı anda birden çok dahili hastalıklar birlikte komplike olması ve %2-5’i intihar nedeniyle olmak üzere AN’de ölüm oranı %10 civarındadır. AN’nin genellikle ilk 2 yılda olmak üzere 5 yıl içerisinde BN’ye dönme ihtimali %15’tir ve böyle hastalar tedaviden yararlanması zor olan hastalar olarak kabul edilirler. Hastaların çoğunda bütün bulgulara tamamen iyileşme görülmesi oldukça zordur. İyi prognoz göstergeleri, prepubertal başlangıçlı hastalar dışında erken başlangıç olması, çıkarma davranışı olmaması, tedavi sonrasında normal kiloya dönüş, ek psikiyatrik hastalıkların olmaması, hastane yatışı öncesi kilo kaybının az olması, hastalığın kısa sürmesi ve hastane çıkışı takiplerin iyi yapılmasıdır (39).

2.2.1.6. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar

Kısıtlayıcı tip AN olgularında %73, Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma tipi AN olgularında ise %82 düzeyinde eştanı görülmektedir ve bununla birlikte AN'de en sık eştanı yaşam boyu %68 düzeyiyle major depresyondur. Bunun dışında diğer sık görülen tanılar ise anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve sosyal fobidir (40).

2.2.1.7. Tedavi

Tedavinin iki temel amacı olup, birincisi hastanın tıbbi komplikasyonlara neden olabilecek beslenme bozukluğunun düzeltilmesi, ikincisi ise bozuk yeme ve dengeleme davranışının düzeltilmesidir. Yaşamı tehlikeye sokan durumlarda kısa süreli hastane yatışları yapılabilirken, ağır kilo kaybı olmayan hastalarda ayaktan tedavi yapılabilir (34). İlaç tedavisi ve farklı psikoterapi yaklaşımlarını kapsayan bireysel psikoterapi uygulamasının yararlı olacağı düşünülmektedir (35,41).

2.2.2. Bulimiya Nervosa

2.2.2.1. Tanım

Dönem dönem fazla miktarda yemek yeme, buna bağlı olarak kilo alma ve kilo almayı durdurma gayesiyle ortaya çıkan çıkarma davranışlarıyla kendini gösteren bir bozukluktur. Hasta, aşırı yeme nöbeti başlayınca bütün çabalarına, korkularına, üzüntüsüne rağmen yemek yemeyi engelleyemez. Daha sonra kilo almayı önlemek için kusma, aşırı düzeyde egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunur. Bu hastalar normal veya normalin üzerinde kiloda olup vücut ağırlığı ve güzel görünme ile aşırı uğraş vardır (42).

2.2.2.2. Tanı ölçütleri

BN teriminin ortaya çıkışı Russell'in bu alandaki yayını ile olmuştur. Russell, BN hastalarında başlıca 3 özellikten söz etmiştir: Güçlü ve karşı konulamaz yeme arzusu, kusarak veya müshil kullanarak gıdaların kilo aldırıcı etkisinden kaçınma ve şişmanlamaktan aşırı korku duyma (42).

DSM IV-TR'de BN tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıkınırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme.

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

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların 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 ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.

D. Kendini değerlendirme anlamsız bir biçimde vücut biçimi ve ağırlığından etkilenir.

E. Bu bozukluk sadece AN epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Çıkartma olan tip: BN'nin o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır.

Çıkartma olmayan tip: BN'nin o sıradaki epizodu sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmamıştır (33).

DSM-5'te BN tanı kriterleri ise şu şekildedir:

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisinde, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E. Bu bozukluk, yalnızca AN dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tam olmayan yatışma gösteren: BN için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin, hepsi olmasada, bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren: BN için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbirisi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Ağır olmayan: Ortalama haftada 1-3 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Ağır: Ortalama haftada 8-13 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması (34).

2.2.2.3. Epidemiyoloji

BN sıklığı son çalışmalarda erişkin kadınlarda Çin’de %2,98, Japonya’da %2,32, Afrika’da %0,87 ve Latin Amerika’da %1,16 olarak saptanmıştır. ABD’de yapılan bir çalışmada ise yaşam boyu BN yaygınlığı kadınlarda yaklaşık %1,5, erkeklerde %0,5 olarak bildirilmiştir. 6 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada erişkinlerde BN sıklığı %0,51 olarak bulunmuş, kadınlarda erkeklere göre 3-8 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (43,44).

2.2.2.4. Psikolojik Etiyoloji

BN’nin etiyojisine yönelik psikodinamik açıklamalar AN’ye göre oldukça az olup, BN’de içsel bir boşluk duygusu ve bu boşluğu gıdalarla doldurmaya yönelik bir gaye olduğu, ancak hiçbirinin bu boşluk duygusunu doldurmaya yetmediği, tüm bunların ardından ise tıknırcanın yarattığı ruhsal ve fiziksel şişkinlik ve sıkıntı

hissinden, hastanın gıdaları kızgınlık ve şiddetle dışarı atma yoluyla kurtulduğu varsayılmaktadır. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre ise, düşük benlik saygısı ve olumsuz yaşam hadiseleri sonucunda vücut biçim ve ağırlık konularına yoğunlaşarak diyet yapma ve kilo verme çabaları bağlamında sıkı gıda kısıtlamasını izleyen tıkinma nöbetleri ve BN gelişmektedir. Bu yapı dikotom düşünme, abartma ve büyüsel düşünme gibi bilişsel çarpıtmalar ve işlevsel olmayan düşüncelerin katkısıyla ortaya çıkmaktadır (45).

2.2.2.5. Biyolojik etiyoloji

Dopamin ve endojen opioid seviyesindeki değişimler BN olan bireylerde gösterilmiş olup bir opioid antagonisti olan naloksan, BN'li kişilerde damak tadı güzel olan yemeklerin yenme miktarını azaltmış, fakat tıkinırcasına yeme davranışı olmayan şişmanlarda ve normal kilolu kişilerde herhangi bir değişikliğe sebebiyet vermemiştir. Ayrıca BN olan kişilerde artmış 5HT1A postsinaptik aktivitesi saptanmış, yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında AN ile benzer şekilde, ancak daha az belirgin kortikal volüm azalması saptanmıştır (36,46)

2.2.2.6. Klinik gidiş

BN olan hastaların dişlerinde çürüme, parotis bezinde büyüme ve parmağı ile kendini kusturmaya bağlı olarak el sırtında nasırlaşma görülebilir. EKG değişiklikleri, özofajit, elektrolit bozuklukları, pankreatit gibi komplikasyonlar meydana gelebilir. BN olan normal kilodaki kadınların %7-40'ında amenore, %37-64'ünde adet düzensizlikleri görülmekte olup bu durumun, besin alımındaki değişkenliklere bağlı olarak artan insülin ve dolaşımdaki androjen düzeylerinin yükselmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir. BN, iyileşme ve yinelemelerle giden, devamlı bir rahatsızlıktır. İyileşme oranları %50 civarında olup iyileşmeye kadar geçen süre ortalama 5 yıldır ve AN kadar yüksek düzeyde olmasa da BN'de de ölüm riski oldukça fazladır. AN'de olduğu gibi başlıca ölüm nedeni intihardır. BN'ye eşlik eden major depresyon, madde kötüye kullanımı ve dürtü kontrol bozukluğunun olması, hastalığın prognozunu olumsuz etkileyen faktörlerdir (47).

2.2.2.7. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar

BN ile birlikte major depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi ve panik bozukluğu sıklıkla görülmektedir. Tüm bunlara ek olarak bu hastaların aile

öykülerinde de bu bozukluklar genel toplumdan daha sık görülmektedir. Bipolar spektrum bozuklukları ve eşik altı bipolaritenin, BN ile, diğer yeme bozukluklarına göre daha güçlü bir ilişkisi olabileceği iddia edilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda BN ile madde kullanım bozukluğu ilişkisinin, AN'ye göre daha güçlü olduğu öne sürülmüştür (48).

2.2.2.8. Tedavi

BN'li hastaların tedavisi çoğunlukla ayaktan yapılmakla birlikte hastaların sıvı-elektrolit dengesi ve kardiyak durumu yakından izlenmelidir. Psikoterapi ve ilaçlarla belirtiler durdurabilirse de uzun dönemde nöksler sıktır. Fluoksetin, yüksek dozda, yeme ataklarının önlenmesinde etkili olabilir (49).

2.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

2.2.3.1. Tanım

BN'ye mahsus düzenli uygunsuz dengeleyici davranışların olmadığı yineleyen tıkınırcasına yeme atakları şeklinde tanımlanır. Değişen derecelerde obeziteye rastlanır. Çoğu TYB hastasının diyet yapmak için uzun süreli, yineleyen çabaları vardır ve gıda alımını kontrol etmedeki zorlukları konusunda umutsuzluk hissederler (45).

2.2.3.2. Tanı ölçütleri

Sınıflandırma dizgelerine DSM-5 ile girmiş bir tanı olan TYB'nin tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

1.Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2.Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerin üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

1.Olağandan çok daha hızlı yeme

2.Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3.Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.

4.Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.

5.Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

E. Tıkınırcasına yemeye, BN'de olduğu gibi yineleyen uygunsuz dengeleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca BN ya da AN gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tam olmayan yatışma gösteren: TYB için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin sıklığı, uzunca bir süredir, haftada birden azdır.

Tam yatışma gösteren: TYB için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbirisi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Ağır olmayan: Ortalama haftada 1-3 kez tıkınırcasına yemenin olması.

Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 kez tıkınırcasına yemenin olması.

Ağır: Ortalama haftada 8-13 kez tıkınırcasına yemenin olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olması (34).

2.2.3.3. Epidemiyoloji

Erişkin kadın hastalarda TYB görülme sıklığı Japonya'da %3,32, Çin'de %3,58, Afrika'da %4,45 ve Latin Amerika'da %3,53 olarak saptanmıştır. Avrupa'da erişkin bireyler arasında her iki cinsiyette toplam %1,12 sıklıkta bulunmuştur. AN ve BN'den farklı olarak TYB'de kadın/erkek oranı birbirine yakın olup 1/2-1/6 arasında değişmektedir (50).

2.2.3.4. Tedavi

Psikoterapi ve bununla birlikte aynı anda başlanan seçici serotonin gerilim inhibitörleri tedavinin etkisini önemli düzeylerde arttırmakta bunun yanısıra lisdeksamfetamin dimesilat, TYB olanlarda tıkınırcasına yeme sıklığında düşme, tıkınırcasına yemeyi bütünüyle engelleme ve genel olarak kişinin işlevselliğindeki artış yönüyle plaseboya göre daha efektif olduğu gösterilmiştir (51).

2.2.4. Tanımlanmış Diğer Bir Yeme ve Beslenme Bozukluğu

2.2.4.1. Tanı ölçütleri

Klinik olarak diğer yeme bozukluğu kriterlerinin karşılanmadığı ancak belirgin olarak toplumda veya iş gibi alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olacak şekilde yeme bozukluğunun belirtilerinin görüldüğü durumlarda bu kategorik sınıflandırma kullanılır. Yeme bozukluklarından herhangi bir kategorik sınıflandırma yapılamadığı durumlarda klinisyenlerce tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi kullanılır. Örneğin:

1. Atipik Anoreksiya Nervosa
2. Bulimiya Nervosa (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)
4. Çıkarma bozukluğu
5. Gece yemek yeme bozukluğu (34).

2.2.4.2. Epidemiyoloji

Klinik popülasyonda en çok görülen yeme bozukluğu TDYB olmasına rağmen, birbirinden çok farklı klinik durumları kapsaması, araştırma yapmayı zorlaştırmaktadır. TDYB ile ilişkili elimizde epidemiyolojik bir veri olmamakla birlikte, DSM IV-TR’de TYB ve TDYB’yi içeren bir tanı kategorisi olan Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA-YB) ile ilgili bir metaanalizin verileri, yeme bozukluğu kliniklerinde değerlendirilen hastaların ortalama %40-60’ının, toplum tabanlı ayaktan psikiyatri kliniklerinde değerlendirilen YB hastalarının %90’ının ve bir toplum yaygınlık çalışmasında genç kadınların %75’inin BTA-YB tanısı aldığını ortaya koymuştur (52).

2.3. Benlik Saygısı Kavramı

Benlik saygısı, bireyin kendi varlığını tanıması ve kendini olduğu şekliyle kabullenip benimsemesidir. Benlik saygısı, bireyin kendinde hissettiği güven, sevgi, saygı gibi duygularının bir bütün halinde birleşimi ve kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda vardığı benlik kavramını kabullenmesinden meydana gelen beğeni durumudur (53,54).

Benlik saygısının ortaya çıkması için bireyin diğerler bireylerden daha üst özellikler taşıması gerekmez zaten benlik saygısı bireyin kendisiyle barışık olup kendini sevmesi hali yani kendinden memnun olmasıdır. Kişinin kendini olduğu gibi

kabul edip kendini değerli hissetmesi, kendini beğenmesi, kendini sevebilir bulması ve kendine güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halinde bulunmasıdır (55,56).

Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendi kendisine yapmış olduğu olumlu veya olumsuz değerlendirmenin bir sonucu olarak tasvir etmiştir. Kişi kendini olumlu olarak değerlendiriyor ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz olarak değerlendiriyor ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir. Yani Rosenberg'e göre benlik saygısı, bireyin kendi değeri hakkındaki algılamalarıdır (57).

2.3.1. Düşük ve yüksek benlik saygısı

Benlik saygısı, gerçek benlik ile bireyin hayal ettiği, ulaşmak istediği ideal benlik arasındaki fark ile biçimlenir. İdeal benlik ile gerçek benlik arasındaki fark ne kadar fazla olursa benlik saygısı o ölçüde düşük, ne kadar az olursa da benlik saygısı o ölçüde yüksek olur (54,58).

Benlik saygısını oluşturan iki ana kaynak, “ben” ve “diğerleri” dir. İlk hedef, diğerlerinin saygısını elde etmek ve benliğin sevilmesidir. Bireyin çevresindeki kişilerin bireye karşı olan sevgisi ve ilgisinin azalması ve bireyi başarısız görmeleri benlik saygısını azaltırken; sevgi ve ilginin artması, çevrenin kabul ve beğenisini kazanmak da benlik saygısını arttıran sebeplerdendir (54,59).

Benlik saygısı yüksek olan bir birey, kendisinin güçlü ve güçsüz yönlerini bilir ve olduğu haliyle bunları kabullenir. Benlik saygısı yüksek bir birey hatalarına ve kusurlarına rağmen kendini değerli hisseder. Bu bireyler, hedeflerine nasıl ulaşabileceklerini, hangi yolla elde edeceklerini bilirler ve başarının da başarısızlığın da sorumluluğunu kabul ederler ancak başarısızlığı sevmezler, başarısız olduklarında yanlışlarını araştırır başarılı olmanın yolunu ararlar, bunu kendilerini geliştirmek için bir yol olarak değerlendirirler. Benlik saygısı yüksek bireyler insan ilişkilerinde toplum içinde daha başarılı, insanlara karşı daha toleranslı, daha sevecen, grup aktivitelerine daha açık sosyal bireylerdir. Toplum içinde daha hızlı kabul görür, daha hızlı arkadaşlık ilişkileri kurabilir, insanlarla kolaylıkla kaynaşabilirler, genel olarak canlı, enerjik, mutlu ve huzurlu insanlar olarak tanımlanırlar. Benlik saygısı yüksek olan bireyler daha az psikolojik sorunlar yaşar, daha az anksiyöz ve depresiflerdir. Bunun sebebi stresle başa çıkmak için iyi mekanizmalar geliştirmişlerdir, istedikleri zaman kendilerine yeni bir yol çizebilir, yeni fikirleri

benimseyebilirler. Yüksek benlik saygısına sahip insanlar daha fazla öğrenme ve çalışma isteğine sahiptirler ve verilen işi en iyi ve en özenli şekilde yapmaya çalışırlar, yeni aktivitelere açıktırlar, elde ettikleri başarılı sonuçlarla kendi düşüncelerini oluştururlar böylece hem düşüncelerine hem de davranışlarına güvenirlir ve düşüncelerini özgürce iş ve özel yaşantılarında savunabilirler. Yüksek benlik saygısı olan kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının ise daha iyi olduğu vurgulanmıştır (60,61).

Düşük benlik saygısına sahip kişiler ise çoğu zaman dışlanma ve başarısızlık tehlikesi nedeniyle riskten kaçınır, benlik saygılarını korumak için kendilerini geliştirici ve yükseltici davranışları yapmaya çalışmak yerine, kendinden daha zayıf gördüğü kişilerle rekabete girerek ve bu kişilerle kendini kıyaslayıp dolaylı yoldan kendi değerlerini arttırma çabasında olurlar. Benlik saygısı düşük olan insanlar iletişim yönünden zayıf, içe dönük, toplumda düşünce ve fikirlerini beyan etmekten çekinen, kendine güvensiz, hatta kendini utanç verici ve değersiz hisseden kişilerdir. Bu kişiler canlılık ve hayat enerjilerini kaybetmiş, başarı ve becerileri azalmış, daha fazla ruhsal problemleri olan olan mutsuz olma ihtimalleri yüksek olan insanlardır. Düşük benlik saygısının, alkol bağımlılığı ve yeme bozuklukları için (anoreksiya nervoza ve blumia nervoza) önemli derecede bir risk faktörü olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (60,62).

Fiziksel olarak sağlıklı olma hali ile benlik saygısı arasında önemli bir ilişki vardır. Sağlık problemleri, hastalığın tipi ve şiddetinden ayrı olarak düşük benlik saygısı ile alakalı bulunmuştur. Özellikle de yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen kronik hastalığı olan kişilerde benlik saygısı önemli ölçüde zedelenmektedir (63).

2.3.2. Benlik saygısının gelişimi

Benlik saygısının oluşumu doğumla birlikte başlayıp hayatın ileriki dönemlerinde farklı değişimler gösteren bir süreç olmakla beraber, bebekler aşamalı olarak kendi bedenlerini algılamaya başlarlar ki bu da kendilerini algılamalarının temelini oluşturur (64).

Esas güven duygusunun geliştiği dönem bebeklik dönemi olup, bu dönemde yetişkinlerin vereceği tepkiler, davranış ve tutumlar çocuğun güven duygusunun gelişmesinde ana etkindir. İlk iki ayı bilincin henüz gelişmediği bebeklik

döneminden sonra, bebek yavaş yavaş kendisinin ve çevrenin farkında olmaya başlar. Altı aylık bir bebek diğerlerinden ayrı bir birey olduğunu algılar, dokuzuncu aya geldiğinde ise duygu ve isteklerini daha farkedilebilir bir şekilde ortaya koymaya başlar. Dil gelişimiyle beraber sözel olarak toplumla iletişim başlar ve bununla birlikte benlik gelişimi giderek artar. Gelişim teorilerine göre, iki yaş civarındaki bir çocuğun benlik saygısının oluşmaya başladığının ilk işaretleri, çocuğun anne-baba ile zıtlaşması, bağımsız olma ve çevresini keşfetme isteğidir (60).

Okula başlama yaşı gelmesi ile birlikte sosyalleşme faaliyetleri artan 6-7 yaşlarına gelmiş bir çocuk, benlik saygısı kendini başkaları ile kıyaslama ve rekabet etme ile ilişkili olmaya başlar ve bu durum çocuğun etrafı tarafından beğenilmesi, desteklenmesi, başarılı olma duygusunun ve yeterlilik duygusunun tatmini benlik saygısını yükseltirken; olumsuz eleştiriler, davranışlarının kabul görmemesi benlik saygısını düşüren nedenlerdir. Özellikle mutlu ve sevgi dolu bir aile ortamında yetişen çocuklar, içlerindeki benlik kavramını pekiştirir ve kendi geleceklerini daha iyi yönetebilir böylece benlik saygıları daha yüksek olur (65).

Ergenlik dönemine gelindiğinde, hızlı büyüme ve gelişime içinde olan birey, toplumsal ve evrensel değerler gibi değerleri farkederek ve haliyle kimlik oluşturma çabasında olur, ancak birey ergenliğe kadar yüksek benlik saygısı oluşturabilmiş ise bu dönemdeki zorlukları daha kolay atlatır, bu durum ergen bireyin gelecek dönemdeki düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyecek olan kimliğini oluşturan benlik saygısı, ergen bireyin yaşadıklarına, birlikte olduğu aile ve arkadaş ortamına göre artış ya da azalış gösterir (65).

Ergenlerde benlik saygısı büyük oranda beden imajı ile belirlenir, yani fiziksel olarak iyilik hali, benlik saygısını olumlu yönde etkilemekte fiziksel olarak kendini beğenen gençlerin benlik saygılarının diğer gençlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (64,65)

Yetişkinlik dönemine gelindiğinde birey, yetersizlikleri ile baş edebilmeyi öğrenmiş, iş sahibi olmuş, aile kurmuş ve bağımsız bir birey olmuş, artık daha gerçekçidir ve tüm bunlar bireyin kendine olan güveninin artmasını ve benlik saygısının artmasını sağlasa da bu dönemdeki meydana gelebilecek hastalıklar, kazalar, iş veya sevilen kişilerin kayıpları, göç, fiziksel değişiklikler (aşırı kilo kaybı, aşırı kilo artışı,...) gibi olumsuz durumlar benlik saygısını etkileyebilir ve yeniden

yapılanma ihtiyacı ortaya çıkarabilir. Bireyin benlik saygısının bu olaylardan etkilenme düzeyi ise önemli ölçüde baş etme mekanizmalarının yeterince gelişip gelişmediğine ayrıca bu gibi olaylarla daha önceden karşılaşp karşılaşmamasına göre farklılık gösterir (65).

2.3.3. Benlik saygısını etkileyen faktörler

Sosyal, psikolojik, fiziksel görünüş, çevresel ve kültürel faktörler, aile, anne-babanın eğitim düzeyi, meslekleri, ekonomik durumları, sağlık durumu gibi daha sayamayacağımız birçok etken benlik saygısını etkilemektedir ve bunlarla ilgili de birçok çalışma yapılmıştır (64).

Benlik saygının şekillenmesini sağlayan esas faktörlerden biri anne ve babanın daha ilk andan itibaren çocuğa gösterdiği ilgi, sevgi ve şevkattir. Bir çocuk için çok değerli olan ve hiçbir şekilde yeri doldurulamayacak anne ve babanın çocuğa karşı olumsuz davranışları, ilgisizlik ve sevgi göstermede yetersizlik daha en baştan benlik sorunları meydana getirir ki bu da sağlıklı bir benlik saygısının oluşmasında problemdir. Çocuğun kendisi için önemli gördüğü diğer insanlar, okul ve arkadaş çevresi, öğretmenleri gibi kişilerden gördüğü davranışlar, çocuğu beğenip beğenmemeleri, çocuktan utanmaları, bu insanların çocuk için söyledikleri şeyler benlik saygısının gelişmesine katkıda bulunur. Açıktır ki benlik saygısı, başan geçen tüm olaylarla iyi ya da kötü her zaman gelişmeye ve değişmeye devam eder. Lissau ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma ebeveynlerinden yeterince destek alamayan çocukların erişkinlikte diğer kişilerden yedi kat daha fazla obezite tehditiyle yüz yüze olduğunu göstermektedir (62,64).

Aileden birini kaybetmiş veya aile fertleri ayrılmış bireyler, diğer bireylere göre bunaltı belirtileri ve psikosomatik hastalıklar daha fazla görülmekte bu da benlik saygısında düşmeye neden olur. Ayrıca anne babanın mesleki durumlarının çocuğun benlik saygısında etkileri gösterilmiş, polis, asker gibi silah taşıyan işlere sahip anne babanın çocuklarında benlik saygısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (62,64).

Benlik saygısının kardeş sayısı ve doğum sırasıyla da ilişkisi mevcut olup tek çocukların, kardeşleri olan çocuklara göre benlik saygıları daha yüksektir. Özellikle de kardeşler arasında tek erkek çocuk ya da tüm kardeşleri kız olan erkek çocukların benlik saygısı daha fazla yükselmektedir (62,64)

Bireyin ergenlik, yaşıllık gibi belirgin fiziksel değişim yaşadığı dönemlerde ya da beden imajında hızlı değişimlere neden olan hastalık zamanlarında benlik saygısı ciddi şekilde etkilenir. Benlik saygısını, benlik kavramında değişim yaratan bireyin yaşadığı rol değişimlerinin, yaşadığı kayıpların büyüklüğünden çok, bireyin bu durumlarda ki algısı etkilemektedir (60).

Kronik hastalıklar başlı başına bir stres kaynağıdır. Beraberinde getirdiği tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik, ağrı vs. gibi birtakım faktörlerle bireyin uyum kapasitesi değişmektedir. Özellikle de beden imajı değişikliği, yaşam biçiminde bozulma ve rol değişiklikleri benlik yapısında köklü değişimlere neden olmaktadır. Bu aşamada bireyin daha önceden geliştirmiş olduğu benlik ve bedenine ait algılar devreye girerek, bireyin bu durumdan benlik saygısının az veya çok etkilenmesini sağlamaktadır. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamalıdır (62).

3. MATERYAL METOD

Bu çalışma Diyarbakır’da, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğinde yapılmıştır.

Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu çalışmanın evreni olarak Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine 01.11.2018 ve 01.02.2019 zaman dilimi arasında başvuran 18-65 yaş arasında 304 hasta seçilmiştir. Bu zaman dilimi arasında polikliniğe müracaat eden hastaların sosyodemografik özellikleri, vücut kitle indeksleri, benlik saygıları ile yeme tutumları ve bu parametrelerin birbirleriyle ilişkinin olup olmadığı ve vücut kitle indeksi ile yeme tutumunun benlik saygısı kavramı üzerine olan etkileri araştırılmıştır.

Çalışmamız için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 17.10.2018 tarih ve 270 sayı ile onay alınmıştır.

Çalışma verileri, 01.11.2018 ve 01.02.2019 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalardan anket aracılığıyla toplanmış olup çalışmaya katılacak her hastadan sözlü ve yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır (Ek-1). Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcının vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçülerek vücut kitle indeksi hesaplanmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; vücut kitle indeksi, benlik saygısı ve yeme tutumu skorları olup bağımsız değişkenleri sosyodemografik veri formunda yer alan bilgilerdir (Ek-2).

Araştırmadaki güç (power) %95 olacak şekilde örnek hacmi The Survey System tarafından hazırlanmış olan “This Sample Size Calculator Software” (<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) ile hesaplandığında örneklem sayısının minimum 296 kişi olması gerektiği görüldü, tarafımızca 300 kişiye ulaşılması planlandı. 18-65 yaş arası olup çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar araştırmamıza alındı.

Araştırmamız için veri elde etme aracı olarak anket uygulaması seçilmiştir. Anket, sosyodemografik veri formu, yeme tutumu testi ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği sorularıyla birlikte toplamda 60 sorudan oluşmaktaydı.

3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sigara içme durumu ve kaç paket/yıl kullandığı, ölçülen boy ve vücut ağırlığı ile hesaplanan vücut kitle indeksi ile birlikte toplam olarak 10 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

3.2. Vücut Kitle İndeksi

Vücut kitle indeksi, vücut ağırlığının kilogram cinsinden ölçülüp boyun metresinin karesine oranı (kg/m^2) olarak hesaplanmıştır. Vücut kitle indeksi, DSÖ ve güncel Türkiye obezite kılavuzlarının göstermiş olduğu referans değerler göz önüne alınarak zayıf, normal, fazla kilolu, 1. derece, 2. derece, 3. derece obez şeklinde kategorize edilmiştir. Sınır değerler; zayıf grup için < 18.5 , normal grup için $18.5-24.9$, fazla kilolu grup için $25.0-29.9$, obezite için $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ şeklindedir (66).

3.3. Yeme Tutumu Testi

Çalışmamızda kullanılan yeme tutumu testi (Ek-3), Garner ve Garfinkel (67) tarafından anoreksiya nervoza belirtilerini ölçmek maksadıyla kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Savaşır ve Erol (68) tarafından yapılmı ve ölçeğin Cronbach alfa geçerlilik katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin iç geçerlilik katsayısı (Cronbach's alpha) değeri 0.83 olarak hesaplandı.

Yeme tutumu testi, 40 maddeden oluşan, altı noktalı çoktan seçmeli likert tipi bir ölçektir ve ölçeğin kesim puanı 30 olarak saptanmıştır. Maddelerden 1, 18, 19, 23, 27, 39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima 3 puan, çok sık 2 ve sık sık 1 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanır. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden

alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir. Toplam 30 puan üzerindeki değerler yeme bozukluğu tanısını öngörmektedir (68).

3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Çalışmamızda kullanılan benlik saygısı ölçeği (Ek-4), Morris Rosenberg (69) tarafından benlik saygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur (70). Test- tekrar test güvenirlik yöntemi kullanılarak da güvenirlik kat sayısı 0,75 olarak saptanmıştır. Araştırmamızda bu ölçeğin iç geçerlilik katsayısı (Cronbach's alpha) değeri 0.79 olarak hesaplanmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 12 alt kategori ve çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk “on” maddesi kullanılmıştır. 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu; 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamaktadır. Olumlu kendilik değerlendirme sorularında puanlar 0’dan 3’e kadar değişirken olumsuz sorularda 3’den 0’a kadar değişen şekilde puanlama yapılır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15 ve üstünde alınan puanlar benlik saygısının yeterli olduğunu ortaya koymaktayken, 15 puanın altındaki sayısal değerler benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir (70).

Araştırma boyunca yapılan tüm masraflar ve harcamalar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmamızda veriler %95 güvenle, SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Kullanılan bütün istatistiksel testlerin önemlilik sınırı 0.05 olarak belirlendi. Normallik kontrolü için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri kullanıldı. Veriler normal dağılım göstermediğinden parametrik olmayan testler kullanıldı. İkili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, çoklu grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi yapıldı. Kategorik değişkenler için Ki-Kare testi kullanıldı. Çoklu gruplarda farkın hangi parametreden kaynaklandığını tespit etmek için post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmesi kullanılmış olup bu durumda $p < 0.05/\text{grup sayısı}$ olarak alınmıştır. Çalışmada demografik özellikler için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Sperman-rho korelasyon analizi yapıldı.

5. BULGULAR

Çalışmaya 01.11.2018 ve 01.02.2019 tarihleri arasında toplam 304 hasta katılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların 155 (%51)'inin erkek, 149 (%49)'unun kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların 102 (%33.6)'si evli, 154 (%66.4)'ü bekar iken, eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde 186 (%61.2)'sının üniversite mezunu olduğu tespit edildi.

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımına bakıldığında 142 (%46.7)'sinin çalıştığı, 131 (%43.1)'inin öğrenci olduğu görülmektedir.

Katılımcıların 223 (%73.4)'ünün sigara içmediği tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	155	51.0
Kadın	149	49.0
Medeni durum		
Evli	102	33.6
Bekar	202	66.4
Eğitim durumu		
Okuryazar	15	4.9
İlkokul	12	3.9
Ortaokul	16	5.3
Lise	75	24.7
Üniversite	186	61.2
Meslek		
Çalışan	142	46.7
İşsiz	31	10.2
Öğrenci	131	43.1
Sigara		
İçiyor	81	29.0
İçmiyor	223	73.4
Toplam	304	100

18-65 yaş arası hastaların katıldığı çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması 29.79 ± 9.41 olup, erkeklerin yaş ortalaması 30.63 ± 9.28 , kadınların ise 28.91 ± 9.48 şeklindeydi. Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalaması 24.56 ± 4.09 şeklinde hesaplandı. Rosenberg benlik saygısı testinden katılımcıların aldığı skorların ortalaması 21.72 ± 4.21 idi. Katılımcıların yeme tutumu testinden aldığı skorların ortalaması 26.70 ± 14.98 olarak hesaplandı. Katılımcıların diğer ölçümsel değerleri Tablo 4’da verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların ölçümsel değerleri

Ölçümler	Ortalama ± SS	Median (Min-Max)
Yaş (yıl)	29.79±9.41	28 (18-62)
VKİ (kg/m²)	24.56±4.09	24.42 (15.94-54.34)
Benlik saygısı skoru	21.72±4.21	22 (6-30)
Yeme tutumu skoru	26.70±14.98	23 (5-64)

Katılımcılar vücut kitle indekslerinden aldıkları sonuçlara göre sınıflandırıldığında, 13 (%4.3)'ünün zayıf, 156 (51.3)'sının normal kiloda, 113 (%37.2)'ünün fazla kilolu, 22 (%7.2)'sinin obez olduğu görüldü. Hastaların vücut kitle indeksi gruplarına göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların VKİ gruplarına göre dağılımı

	N	%
VKİ grupları		
Zayıf	13	4.3
Normal	156	51.3
Fazla kilolu	113	37.2
1. derece obez	11	3.6
2. derece obez	3	1.0
3. derece obez	8	2.6
Toplam	304	100

Araştırmaya katılanların cinsiyetine göre vücut kitle indekslerine bakıldığında, erkek katılımcıların vücut kitle indeksi ortalamasının $25.04 \pm 3.64 \text{ kg/m}^2$, kadın katılımcıların $24.06 \pm 4.47 \text{ kg/m}^2$ olduğu görülmektedir. Kadın ve erkek hastaların cinsiyete göre vücut kitle indeksi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup değerler Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların cinsiyete göre VKİ ortalaması

	Vücut kitle indeksi (kg/m^2)		
Cinsiyet	Ortalama $\pm$ SS	Median (Min-Max)	p
Erkek	25.04 ± 3.64	24.91 (17.96-54.34)	0.02
Kadın	24.06 ± 4.47	23.62 (15.94-45.49)	

Katılımcıların yeme tutumu testinden aldıkları puanların ortalamaları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkeklerin yeme tutumu testinden aldıkları puan 23.58 ± 12.93 , kadınların ise 29.94 ± 16.26 olup, ortalamalarının 26.70 ± 14.98 olduğu tespit edildi. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre yeme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup değerler Tablo 7’ da gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyete göre yeme tutumu skor ortalamaları

	Yeme tutumu skoru		
Cinsiyet	Ortalama $\pm$ SS	Median (Min-Max)	p
Erkek	23.58 ± 12.93	20 (5-64)	0.002
Kadın	29.94 ± 16.26	28 (5-62)	

Katılımcıların Rosenberg benlik saygısı testinden aldıkları puanların ortalamaları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkeklerin Rosenberg benlik saygısı testinden aldıkları puan 21.37 ± 4.34 olup, kadınların 22.08 ± 4.06 , ortalamalarının ise

26.70±14.98 olduğu görüldü. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre benlik saygıları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup değerler Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların cinsiyete göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

	Rosenberg benlik saygısı skoru		
Cinsiyet	Ortalama±SS	Median (Min-Max)	p
Erkek	21.37±4.34	21 (6-30)	0.128
Kadın	22.08±4.06	22 (9-30)	

Katılımcıların eğitim durumlarına göre vücut kitle indekslerine bakıldığında, lise ve altında eğitim alan katılımcıların vücut kitle indeksi ortalamasının 25.36±5.21 kg/m², lisans ve üstü eğitim alan katılımcıların ise 24.04±3.09 olduğu görülmektedir. Kadın ve erkek katılımcıların eğitim durumlarına göre vücut kitle indeksi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup değerler Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların eğitim durumlarına göre VKİ ortalamaları

	Vücut kitle indeksi (kg/m²)		
Eğitim durumu	Ortalama±SS	Median (Min-Max)	p
Lise ve altı	25.36±5.21	24.68 (16.53-54.34)	0.118
Lisans ve üstü	25.04±3.09	24.21 (15.94-38.54)	

Katılımcıların yeme tutumu testinden aldıkları puanların ortalamaları eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, lise ve altında eğitim alanların yeme tutumu testinden aldıkları puan 24.94±13.36, lisans ve üstünde eğitim alanların ise 27.81±15.85 olarak tespit edildi. Çalışmaya katılanların eğitim durumlarına göre

yeme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup değerler Tablo 10’ da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların eğitim durumlarına göre yeme tutumu skor ortalamaları

	Yeme tutumu skoru		
Eğitim durumu	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
Lise ve altı	24.94±13.36	23 (6-62)	0.258
Lisans ve üstü	27.81±15.85	24 (5-64)	

Katılımcıların Rosenberg benlik saygısı testinden aldıkları puanların ortalamaları eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde, lise ve altında eğitim alanların Rosenberg benlik saygısı testinden aldıkları puan 21.94±4.39 olup, lisans ve üstü eğitim alanların ise 21.58±4.10 olduğu tespit edildi. Çalışmaya katılanların eğitim durumlarına göre benlik saygıları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup değerler Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların eğitim durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

	Rosenberg benlik saygısı skoru		
Eğitim durumu	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
Lise ve altı	21.94±4.39	22 (6-30)	0.500
Lisans ve üstü	21.58±4.10	22 (9-30)	

Katılımcıların sigara içme ve içmeme durumlarına göre vücut kitle indekslerine bakıldığında, sigara içen katılımcıların vücut kitle indeksi ortalamasının 25.60±4.07, sigara içmeyen katılımcıların 24.17±4.04 olduğu görülmektedir. Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre vücut kitle indeksi sonuçları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup değerler Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların sigara kullanımına göre VKİ ortalamaları

	VKİ		
Sigara içme	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
İçiyor	25.60±4.07	25.07 (17.96-44.98)	0.002
İçmiyor	24.17±4.04	23.87 (15.94-54.34)	

Katılımcıların sigara içme ve içmeme durumlarına göre yeme tutumu testlerine bakıldığında, sigara içen katılımcıların yeme tutumu puanları 25.60±4.07, sigara içmeyen katılımcıların 24.17±4.04 olduğu görülmektedir. Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre yeme tutumu sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup değerler Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların sigara kullanımına göre yeme tutumu skor ortalamaları

	Yeme tutumu skoru		
Sigara içme	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
İçiyor	25.60±4.07	22 (5-57)	0.267
İçmiyor	24.17±4.04	24 (5-64)	

Katılımcıların sigara içme ve içmeme durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı testlerine bakıldığında, sigara içen katılımcıların benlik saygısı puanları 21.16±4.56, sigara içmeyen katılımcıların 21.92±4.07 olduğu görülmektedir. Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre benlik saygısı sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup değerler Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların sigara kullanımına göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

	Rosenberg benlik saygısı skoru		
Sigara içme	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
İçiyor	21.16±4.56	22 (6-30)	0.302
İçmiyor	21.92±4.07	22 (9-30)	

Katılımcıların medeni durumlarına göre vücut kitle indekslerine bakıldığında, evli olan katılımcıların vücut kitle indeksi ortalamasının 25.34±3.95, bekar olanların ise 24.16±4.11 olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına göre vücut kitle indeksi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup değerler Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların medeni durumlarına göre VKİ ortalamaları

	VKİ		
Medeni durum	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
Evli	25.34±3.95	25.03 (19.15-45.49)	0.007
Bekar	24.16±4.11	23.87 (15.94-54.34)	

Katılımcıların medeni durumlarına göre yeme tutumu testlerine bakıldığında, evli olan katılımcıların yeme tutumu puanları 19.75±11.07, bekar olan katılımcıların ise 30.21±15.48 olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına göre yeme tutumu sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup değerler Tablo 16’te gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların medeni durumlarına göre yeme tutumu skor ortalamaları

	Yeme tutumu skoru		
Medeni durum	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
Evli	19.75±11.07	16 (5-57)	<0.001
Bekar	30.21±15.48	27 (5-64)	

Katılımcıların medeni durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı testlerine bakıldığında, evli olan katılımcıların benlik saygısı puanları 22.53±3.90, bekar olan katılımcıların ise 21.31±4.31 olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına göre benlik saygısı sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup değerler Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların medeni durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

	Rosenberg benlik saygısı skoru		
Medeni durum	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
Evli	22.53±3.90	22 (13-30)	0.071
Bekar	21.31±4.31	22 (6-30)	

Katılımcıların meslek durumlarına göre vücut kitle indekslerine bakıldığında, çalışan katılımcıların vücut kitle indeksi ortalamasının 24.71±4.49, çalışmayan katılımcıların 25.47±5.19 ve öğrenci olanların ise 24.17±3.24 olduğu görülmektedir. Katılımcıların meslek durumlarına göre vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup değerler Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların meslek durumlarına göre VKİ ortalamaları

	VKİ		
Meslek	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
Çalışan	24.71±4.49	24.30 (15.94-54.34)	0.645
İşsiz	25.47±5.19	25.01 (17.72-45.49)	
Öğrenci	24.17±3.24	24.38 (16.53-38.54)	

Katılımcıların meslek durumlarına göre yeme tutumu skorlarına bakıldığında, çalışan katılımcıların yeme tutumu puanlarının ortalaması 20.81±12.10, çalışmayan katılımcıların 22.97±11.86 ve öğrenci olanların ise 33.96±15.40 olduğu görülmektedir. Katılımcıların meslek durumlarına göre yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup yapılan post-hoc test ile farkın öğrenci grubunun puanlarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Meslek durumuna göre yeme tutumu skorları Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların meslek durumlarına göre yeme tutumu skor ortalamaları

	Yeme tutumu skoru		
Meslek	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
Çalışan	20.81±12.10	16.50 (5-57)	<0.001
İşsiz	22.97±11.86	23 (6-51)	
Öğrenci	33.96±15.40	31 (7-64)	

Katılımcıların meslek durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı testlerine bakıldığında, çalışan katılımcıların vücut kitle indeksi ortalamasının 21.89±3.95, çalışmayan katılımcıların 22.23±5.07 ve öğrenci olanların ise 21.40±4.28 olduğu

görülmektedir. Katılımcıların meslek durumlarına göre benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup değerler Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların meslek durumlarına göre Rosenberg benlik saygısı skor ortalamaları

	Rosenberg benlik saygısı skoru		
Meslek	Ortalama± SS	Median (Min-Max)	p
Çalışan	21.89±3.95	22 (6-30)	0.643
İşsiz	22.23±5.07	22 (11-30)	
Öğrenci	21.40±4.28	22 (9-30)	

Çalışmamızda VKİ ile yaş ve yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.001$, $r=0.095$; $p=0.004$, $r=0.167$). VKİ ile sigara içimi arasında da istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ($p=0.001$, $r=0.194$). Çalışmamıza katılanların yaşı ile yeme tutumu arasındaki ilişki anlamlı ve orta düşük düzeyde negatif korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, $r=-0.318$). Çalışmamıza katılanların yaşı ile sigara içimi arasında da istatistiksel olarak anlamlı orta düşük düzeyde pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, $r=0.318$). Çalışmamıza katılanların yaş, VKİ, yeme tutumu, Rosenberg benlik saygısı skoru ve sigara arasındaki korelasyon analizi Tablo 21’te verilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların yaş, VKİ, yeme tutumu skoru, Rosenberg benlik saygısı ve sigaranın birbirleriyle ilişkisi

		Yaş	VKİ	Yeme tutumu skoru	Rosenberg benlik saygısı skoru	Sigara
Yaş	r p	1.00				
VKİ	r p	0.195 0.001	1.00			
Yeme tutumu skoru	r p	-0.318 <0.001	0.167 0.004	1.00		
Rosenberg benlik saygısı skoru	r p	0.049 0.390	-0.065 0.255	-0.92 0.108	1.00	
Sigara	r p	0.318 <0.001	0.194 0.001	-0.090 0.118	-0.044 0.445	1.00

6. TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların VKİ'leri ile yeme tutumu ve benlik saygıları değerlendirilmiş ve arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmamıza katılan katılımcıların %51'i erkek, %49'u kadın olup yaş ortalaması yıl olarak 29.79 şeklindedir. Katılımcıların yeme tutumu testinden aldıkları puan ortalaması 26.70 ± 14.98 olarak hesaplanırken Rosenberg benlik saygısı testinden aldıkları puan ortalaması 21.72 ± 4.21 olarak saptandı. Katılımcıların VKİ ortalamaları 24.56 ± 4.09 olup; %4.3'ü zayıf, %51.3'ü normal kilolu, %37.2'si fazla kilolu ve %7.2'si obezdir. 2011 yılında Gaziantep'te liseli öğrencilerde yeme tutumu ve benlik saygısının incelendiği bir çalışmaya 446 kişi dahil edilmiştir (71). Bu çalışmada katılımcıların %64.8'i erkek olup çalışmamızdan farklı olarak sadece liseli öğrenciler üzerinde araştırma yapılmıştır. Tanrıverdi ve ark. (71) tarafından yapılan bu çalışmada benlik saygısı ile yeme bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş benlik saygısı düşük olan öğrencilerin olumsuz yeme tutum özelliklerine sahip olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da her ne kadar yeme tutumu ile benlik saygısı arasında negatif bir korelasyon olsada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamıza katılan erkek katılımcıların vücut kitle indeksi ortalaması 25.04 kg/m^2 ve kadınların 24.06 kg/m^2 olarak hesaplanmış olup cinsiyete göre vücut kitle indeksi ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup erkeklerde kadınlara göre vücut kitle indeksi ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Erol ve ark. (72) tarafından üniversite öğrencileri arasında yapılan yeme bozukluğu ve benlik saygısının karşılaştırıldığı bir çalışmaya 342 kişi katılmış olup erkek öğrencilerin vücut kitle indeksi ortalaması 22.22 kg/m^2 , kadın öğrencilerin 20.24 kg/m^2 olarak belirtilmiş ve bizim çalışmamızdaki sonuçlarla benzer olarak cinsiyete göre vücut kitle indeksi ortalaması arasında önemli derecede anlamlı farklılık bulunmuştur. Artvin'de aile hekimlerine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenlerin incelendiği bir çalışmada 20 ile 90 yaş arasında 985'i kadın ve 944'ü erkek olmak üzere 1929 kişi değerlendirilmiştir (73). Bu çalışmada erkeklerin vücut kitle indeksi ortalaması 27.05 kg/m^2 , kadınlarınki ise 26.58 kg/m^2 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan bu çalışmada her ne kadar cinsiyet ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak

anlamalı bir fark olmasa da bizim çalışmamızda da olduğu gibi erkeklerin vücut kitle ortalamaları kadınlardan yüksek saptanmış olup çalışmamızla uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyete göre toplam yeme tutumu skoru ortalaması erkeklerde 23.58, kadınlarda 29.94 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamalı fark olduğu saptanmıştır. İngiltere’de adolesanlarda beden imajı memnuniyeti ile yeme tutumunda cinsiyet farklılıkları ve benlik saygısının incelendiği bir çalışmada kızlar erkeklerden daha yüksek yeme tutumu puanı almış olup erkekler ve kızlar arasında istatistiksel olarak anlamalı farklılık bulunmuştur (8). Smink ve ark. (74) yaptığı yeme bozuklukları epidemiyolojisinin araştırıldığı bir meta-analizde kadınlarda yeme tutumundaki bozukluklar daha yüksek prevalansta görülmektedir. Bu sonuç, çalışmamızda yer alan cinsiyete göre yeme tutumu bulgusunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların Rosenberg benlik saygısı ölçeğinden aldığı puanlar erkeklerde 21.37, kadınlarda 22.08 olarak bulunmuş olup cinsiyete göre benlik saygısı karşılaştırıldığında kadınlar erkeklerden 0.71 puan fazla almış olup istatistiksel olarak anlamalı bir fark saptanmamıştır. Hindistan’da kolej öğrencileri arasında yapılan bir çalışmaya göre her iki cinsiyet arasında benlik saygısı puan ortalamaları açısından anlamalı bir fark görülmemiştir (75). Eskişehir Anadolu Üniversitesi’nde üniversite öğrencilerinde 213’ü kadın, 129’u erkek olmak üzere 342 kişi arasında yapılan bir çalışmada benlik saygısı ve yeme tutumları değerlendirilmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamalı bir fark bulunmamıştır (72). Bu sonuç çalışmamızla uyumlu olup cinsiyet ile benlik saygısı arasında ilişki olmadığı bulgusunu desteklemektedir.

Araştırmamıza katılanların eğitim durumlarına göre lise ve altı eğitim görenlerle lisans ve üstünde eğitim görenlerin vücut kitle indekslerine göre kıyaslandığında ortalamalar birbirine yakın olup istatistiksel olarak anlamalı bir farklılık saptanmadı. İzmir’de obez ve normal kilolu bireyler arasında obeziteye zemin hazırlayan faktörlerin incelendiği bir çalışmada obezler ile normal kilolu bireyler arasında eğitim durumları açısından istatistiksel olarak anlamalı bir fark bulunmamıştır (76). Bu sonuç eğitim gruplarına göre yapılan çalışmamızla uyumlu

bulunmuştur. Obez hastalarda yeme tutumu ve vücut kitle indesi arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir araştırmada ise eğitim ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (77). Yapılan bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça vücut kitle indeksinin azaldığı görülmüştür. Bu araştırmaların çalışmamızdan farklı olmasının sebebi olarak eğitim düzeylerini daha fazla kategorik değişken olarak verilmesini gösterebiliriz.

Araştırmamıza katılanların eğitim durumlarına göre lise ve altı eğitim görenlerle lisans ve üstünde eğitim görenlerin yeme tutumlarından aldığı puanlara göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kaya ve ark. (77) tarafından yapılan araştırmada eğitim düzeyi arttıkça yeme tutumunda alınan puanın düştüğüne dikkat çekilmiş olup eğitim düzeyi ile yeme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bizim çalışmamız ile uyumlu olmayan bu sonuçların eğitim gruplaması yapılmadan tüm eğitim seviyelerinin ayrı ayrı değerlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların sigara içme durumlarına göre vücut kitle indeksleri karşılaştırıldığında sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre vücut kitle indekslerinin daha yüksek olduğu görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yunanistan'da sigara içme durumu ile vücut kitle indeksinin değerlendirildiği bir araştırmada sigara içenlerin vücut kitle indekslerinin içmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmüş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (78). Bu çalışma da bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup sigara içenlerin vücut kitle indekslerinin içmeyenlere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Işık ve ark. (73) çalışmalarında sigara ve vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamış olup, bulguları çalışmamızı desteklemektedir. Başka bir çalışmada şizofreni hastalarında benlik saygısı ve vücut kitle indeksinin arasındaki ilişki incelenmiş olup sigara içenler ile içmeyenler arasında vücut kitle indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (79). Bu çalışmada belirli bir hastalık grubundaki kişilerin çalışmaya alınmış olması ve örneklem aralığının daha dar olması nedeniyle çalışmamızdan farklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılanların medeni durumlarına göre vücut kitle indeksleri incelendiğinde evli bireylerin bekar olanlara göre vücut kitle indekslerinin daha

yüksek olduğu görülmüş olup bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Oh ve ark. (79) yaptıkları çalışmada şizofrenlerde benlik saygısı ve vücut kitle indeksi araştırılmış olup bu çalışmada medeni durum ve vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Işık ve ark. (73) yaptıkları çalışmada evli bireylerin bekar olanlara göre vücut kitle indekslerinin 3 puandan daha fazla yüksek olduğu görülmüş ve istatistiksel olarak çok anlamlı derecede farklılık saptanmıştır. Bu çalışma da bizim araştırmamızla benzerlik göstermekte olup bunun sebebi olarak evli bireylerin bekar oldukları dönemlere göre daha düzenli yemek yemelerinden kaynaklandığı ayrıca evli bireylerin dış görünümelerini bekarlara göre daha az önemsedikleri düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki katılımcılar çalışan, işsiz ve öğrenci olarak mesleki gruplara ayrılmış ve mesleki durumlarına göre vücut kitle indeksleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Oh ve ark. (79) mesleki durumlarına göre çalışan ve çalışmayan diye iki gruba ayırdıkları katılımcılarını vücut kitle indekslerine göre karşılaştırdıklarında bizim sonuçlarla benzer olarak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamışlardır. Işık ve ark. (73) yaptığı çalışmada katılımcılar mesleki durumlarına göre ev hanımı, işçi-memur, esnaf, öğrenci, emekli, çiftçi, çalışmıyor ve diğer olarak gruplandırmış olup mesleki durumlarına göre vücut kitle indekslerini kıyaslandıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit etmişlerdir. Bu çalışmadaki sonuçların araştırmamızdaki sonuçlardan farklı olmasının nedeninin meslek gruplarının araştırmamıza göre daha fazla alt kategoride incelenmesi olduğu düşünülmüştür. Meslek gruplarına göre daha az kategoride sınıfladığımız çalışmamızda çalışan, işsiz ve öğrenci olarak ayrıldığında anlamlı farklılık görülmemekte olup daha fazla gruba ayrıldığında anlamlı farklılık olmasının sebepleri arasında her meslek grubunun yaş grupları, sosyoekonomik farklılıklar ve eğitim düzeyi farklılıklarının olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda vücut kitle indeksinin artması ile yeme tutumunun bozulduğu görülmüştür. Kaya ve ark. (77)'nin obez hastalarda yeme tutumu ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmalarında yeme tutumları ile vücut kitle indeksleri arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışma araştırmamızdan farklı olarak sadece obez bireyler arasında yapılmış

olmasına rağmen bizim çalışmamızda da gördüğümüz gibi ister obez bireyler arasında olsun ister diğer gruptaki bireyler arasında olsun vücut kitle indeksi arttıkça yeme tutumunun bozulduğu görülmektedir. Şengül ve ark. (80) yaptığı vücut kitle indeksi ile yeme tutumu arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada anlamlı pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu çalışma bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Usta ve ark. (81) hemşirelik öğrencileri arasında yeme tutumu ve obsesif kompulsif bozukluğu incelemişler. Araştırmaya katılanların vücut kitle indeksleri ile yeme tutumları arasında anlamlı farklılık olduğunu saptanmışlardır. Aynı çalışmada bu farklılığın kaynağını irdeleyen ileri analizde farkın fazla kilolu ve obez olanlardan kaynaklandığı, bu grubun diğer gruptakilere göre yeme tutumlarının bozulduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da yukarıdaki çalışmalarla uyumlu olarak vücut kitle indeksi arttıkça yeme davranışının bozulduğu görülmektedir. Bunun sebebi olarak kilo alımı arttıkça bundan rahatsız olan bireyin kilo vermeye çalışmaya bağlı olarak yanlış yeme davranışları sergilenmesi düşünülebilir. Ayrıca bunun bir diğer sebebi olarak yeme davranışları değişmiş bireylerin kilo alımlarının etkilendiği ve buna bağlı olarak arttığı düşünülebilir. İran'da yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencileri arasında yeme bozuklukları riskinin benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkisi incelenmiş olup çalışma sonucunda yeme tutumu ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (82). İran'da yapılan diğer bir çalışmada erkeklerde yeme tutumu skorları ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki saptanamazken kadınlarda vücut kitle indeksi yüksek olan kişilerde yeme tutumu skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (83). Bu çalışmaların araştırmamızdan farklı olarak sonuçlanmasının sebeplerinden biri sadece tıp fakültesi öğrencilerinin araştırmaya dahil edilmesi ve farklı bir ülkede uygulanmış olması düşünülmekte olup bu grubun bizim toplumumuz ile benzerlik göstermeme ihtimali olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda vücut kitle indeksi ile benlik saygısı arasında negatif korelasyon saptanmış olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Naeimi ve ark. (82) da benlik saygısı ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmamışlardır. Bunun sebebi olarak bizim çalışmamız ile yukarıdaki çalışmada olduğu gibi daha çok genç yaştaki bireylerin bu çalışmalara dahil olmasının sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülebilir. Suudi arabistan'da

yapılan kolej çağındaki kadınlarda benlik saygısının vücut kitle indeksi ve beden imajı ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada benlik saygısı ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (84). Bu çalışmada vücut kitle indeksi arttıkça benlik saygısının düştüğü görülmüştür. Tanrıverdi ve ark. (71) yaptığı çalışmada benlik saygısı ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada yukarıdaki çalışmada olduğu gibi vücut kitle indeksi ile benlik saygısı arasında negatif korelasyon görülmüş olup ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamasının nedeni olarak katılımcılarımızın davranışsal özellikleri göz önüne alındığında bölgesel faktörlerin sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülebilir. Ayrıca çalışmamız üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğinde yapıldığından çalışmamıza katılan birçok hasta ve hasta yakınlarını tıp öğrencileri ve sağlık çalışanlarının oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda sonuçlardaki farklılıkların sebebinin bu nedenler olduğu düşünülebilir.

Araştırmamıza katılanların yeme tutumları ile benlik saygıları incelendiğinde aralarında negatif korelasyon olduğu görülmüş ancak bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tanrıverdi ve ark. (71) ise benlik saygısı ile yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamışlardır. Bu çalışma araştırmamızla paralellik göstermemekte olup sebep olarak ergenlik çağındaki öğrenciler arasında yapılan bu çalışmanın dar bir grup içinde değerlendirilmesi olarak düşünülebilir. İran’da yapılan bir çalışmaya göre düşük benlik saygısı olan kişilerde normal benlik saygısı olan kişilere göre yeme tutumu ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır (82). Brezilya’da yapılan bir çalışmada 11 ile 18 yaş arası çocuklarda benlik saygısı ile yeme tutumu skorları arasında bizim çalışmamızla benzer bir şekilde negatif bir korelasyon saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı değildir (85).

7-SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada temel olarak vücut kitle indeksinin yemek tutumu, benlik saygısı ve diğer değişkenlerle ilişkisini inceledik. Elde ettiğimiz verilere göre cinsiyet grupları arasında vücut kitle indeksi açısından erkek cinsiyetinde daha yüksek olmak üzere anlamlı bir fark elde edildi. Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu arasında anlamlı olarak pozitif korelasyon mevcutken benlik saygısı ile arasında negatif anlamlı olmayan bir korelasyon elde edildi. Ayrıca yeme tutumu ile benlik saygısı arasında da negatif ve anlamlı olmayan bir korelasyon elde edildi. Ortaya çıkan verilere göre vücut kitle indeksi arttıkça yeme davranışının bozulduğu saptanmıştır. Ancak çalışmamızda yeme tutumunun bozulmasının mı vücut kitle indeksinde artmaya yol açtığı yoksa vücut kitle indeksinin artmasının mı yeme tutumunda bozulmaya neden olduğu net olarak aydınlatılamamıştır. Bu konunun daha iyi aydınlatılabilmesi için araştırmacıların daha çok çalışma yapması gerekmektedir.

- 1.Kadınların yeme tutumuyla ilgili bilinçlendirilmesi için bu konuyla ilgili seminerler ve eğitimler verilmelidir.
- 2.Üniversitelerde yeme bozuklukları riski diğer gruplara göre daha yüksek olup bu durumun engellenmesi için üniversitede bu konuyla ilgili eğitim verilmeli ve öğrenciler bilinçlendirilmelidir.
- 3.Obezitenin tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de görülme sıklığı gittikçe artmakta olup bu durumun bireylerin benlik saygısı ve yeme davranışlarında bozukluklara neden olduğu görülmüştür. Obeziteyle mücadele etmek için eğitimlerin daha çok artırılması önerilmektedir.
- 4.Çalışmamızda öğrencilerin yeme bozukluklarına daha yatkın olduğu görülmüş olup bu durumun ileride yeme bozukluğu hastalıklarına yol açmasını önlemek için küçük yaşlardan başlayarak eğitimin verilmesi okullarda bu eğitime devam edilmesi ve konunun önemine dikkat çekilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. International Journal of Eating Disorders. 2003;34(4):383-396.
2. Janout V, Janoutová G. Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. Biomed Papers. 2004;148(2):189-193.
3. Piran N. Eating disorders: A trial of prevention in a high risk school setting. Journal of Primary Prevention.1999;20(1):75-90.
4. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2018. http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144108.pdf (Erişim Tarihi: 06.11.2018).
5. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, et al. Sosyoekonomik durumu farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinde akran zorbalığının depresyon ve benlik saygısı düzeyiyle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10(2):151-158.
6. Doğan T, Totan T, Sapmaz F. Üniversite öğrencilerinde benlik saygısı ve sosyal zeka. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009;17:235-247.
7. Balat GU, Akman B. Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki lise öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2004;14(2):175-183.
8. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. The Journal of Psychology. 2002;136(6):581-596.
9. Okka B, Durduran Y. Eski Yunan ve Bizans Döneminde Obezite. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2013;21(3):111-117.
10. Obesity: preventing and managing the global epidemic : report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997. WHO. 1998. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63854> (Erişim Tarihi: 04.01.2019.)
11. Obezite Atlası. Serter R. 2003. <https://www.rustuserter.com/tr/files/download/p193u4mirhafv1ltlgdb12nghpv4.pdf> (Erişim Tarihi:26.02.2019.)
12. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: The World Health Organization. World Health Organization. 2000. <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=AvnqOsqv9doC&oi=fnd&pg=>

[PA1&dq=World+Health+Organization.+Obesity:+Preventing+and+Managing+the+Global+Epidemic.+Geneva:+The+World+Health+Organization%3B+2000.&ots=6VI15qUY3L&sig=IXETgMTzhom4QxK0aJMEDZ-YAO0&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20Health%20Organization.%20Obesity%3A%20Preventing%20and%20Managing%20the%20Global%20Epidemic.%20Geneva%3A%20The%20World%20Health%20Organization%3B%202000.&f=false](http://www.who.int/dietphysicalactivity/world_health_organization_obesity_preventing_and_managing_the_global_epidemic_geneva_2000) (Erişim Tarihi: 26.02.2019.)

13. Deurenberg P, Yap M, Van Staveren WA. Body mass index and percent body fat: a meta analysis among different ethnic groups. International Journal of Obesity. 1998;22(12):1164-1171.
14. Tam SYM, Karlberg JP, Kwan EY, et al. Body mass index is different in normal Chinese and Caucasian infants. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism.1999;12(4):507-518.
15. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda, MD: National Heart, Lung and Blood Institute; 2000.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/pdf/Bookshelf_NBK2003.pdf (Erişim Tarihi: 28.02.2019.)
16. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı(2010-2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Mudurluđu. Sağlık Bakanlığı Yayınları, No. 773, Kuban Matbaası, Ankara 2010.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_obezite_mucadele_kontrol_prg.pdf (Erişim Tarihi: 28.02.2019.)
17. Racette SB, Deusinger SS, Deusinger RH. Obesity: overview of prevalence, etiology, and treatment. Physical Therapy. 2003;83(3):276-288.
18. Loos RJ, Bouchard C. Obesity–is it a genetic disorder?. Journal of Internal Medicine. 2003;254(5):401-425.
19. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children (summary). CMAJ 2007;51:1-13.

20. Sonmez A, Bayram F, Barcin C, et. Al. Waist circumference cut off points to predict obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular risk in Turkish adults. *Int J Endocrinol*. 2013;13:202-767.
21. Dyer AR, Elliott P. The INTERSALT study: relations of body mass index to blood pressure. INTERSALT Co-operative Research Group. *J Hum Hypertens*. 1989;3:299-308.
22. Bray GA. Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2004;89(6):2583-2589.
23. Lew EA, Garfinkel L. Variations in mortality by weight among 750,000 men and women. *J Chronic Dis*. 1979;32:563-76.
24. Ford ES, Williamson DF, Liu S. Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of US adults. *Am J Epidemiol*. 1997;146:214-22.
25. Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI, et al. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;189(6):562-563.
26. Hayes JF, Fitzsimmons-Craft EE, Karam AM, et al. Disordered eating attitudes and behaviors in youth with overweight and obesity: implications for treatment. *Current Obesity Reports*. 2018;7(3):235-246.
27. Goldschmidt AB, Aspen VP, Sinton MM, et al. Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*. 2008;16(2):257-264.
28. Spitzer RL, Stunkard A, Yanovski S, et al. Binge eating disorder should be included in DSM-IV: A reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: The binge eating disorder proposal". *International Journal of Eating Disorders*. 1993;13(2):161-169.
29. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. *The Journal of Psychology*. 1993;127(5):547-551.
30. Bulik CM, Hebebrand J, Keski-Rahkonen A, et al. Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(S3):52-60.
31. Lock J, Le Grange D. Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. pp. 177-241, Guilford Publications, New York, USA, 2015.

32. Deter HC. The Anorexia Nervosa Symptom Score: A multidimensional tool for evaluating the course of anorexia nervosa. *The course of eating disorders*. pp. 40-52, Springer, Berlin, Heidelberg. 1992.
33. Frances A, Pincus HA. Ed: First MB. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. pp. 583-594, American Psychiatric Pub, Washington, USA, 2000.
34. Kupfer DJ, Regier DA. Ed: Narrow WE. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Pub, Washington, USA, 2013.
35. Arcelus J, Witcomb GL, Mitchell A. Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*. 2014;22(2):92-101.
36. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*. 2008;94(1):121-135.
37. Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, et al. Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33(2):143-154.
38. Jimerson DC, Wolfe BE. Neuropeptides in eating disorders. *Cns Spectrums*. 2004;9(7):516-522.
39. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;198(1):8-10.
40. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, et al. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48(8):712-718.
41. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41(5):509-528.
42. Russell, G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979;9(3):429-448.
43. Kendler KS, MacLean C, Neale M, et al. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148(12):1627-1637.
44. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016;29(6):336-339.

45. Fairburn CG, Walsh BT. Ed: Fairburn CG, Brownell KD. Eating disorders and obesity: A Comprehensive Handbook. pp. 171-177, The Guilford press, New York, USA, 2002.
46. Mathes WF, Brownley KA, Mo X, et al. The biology of binge eating. *Appetite*. 2009;52(3):545-553.
47. Poyastro Pinheiro A, Thornton LM, Plotonicov KH, et al. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(5):424-434.
48. McElroy SL, Frye MA, Helleman G, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2011;128(3):191-198.
49. Taylor D, Barnes TR, Young AH. Ed: Wiley B. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. pp.273-392, London, UK, 2018.
50. Preti A, de Girolamo G, Vilagut G, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 2009;43(14):1125-1132.
51. McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE, et al. Efficacy and safety of lisdexamfetamine for treatment of adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):235-246
52. Thomas J, Vartanian L. Eating disorder not otherwise specified. Developing an evidence-based classification of eating disorders: Scientific findings for DSM-5. 2011;15(3):19-34.
53. Hill AJ. Obesity in children and the 'Myth of Psychological Maladjustment': self-esteem in the spotlight. *Current Obesity Reports*. 2017;6(1):63-70.
54. French SA, Story M, Perry CL. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obesity Research*. 1995;3(5):479-490.
55. Sarfan LD, Clerkin EM, Teachman BA, et al. Do thoughts about dieting matter? Testing the relationship between thoughts about dieting, body shape concerns, and state self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2019;62:7-14.

56. Peterson JL, DeHart T, Bellows A, et al. Partner self-esteem and interpersonal risk: Rejection from a low self-esteem partner constrains connection and increases depletion. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2019;80:17-30.
57. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, et al. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*. 1995;121(5):141-156.
58. Ostrowsky MK. Are violent people more likely to have low self-esteem or high self-esteem? *Aggression and Violent Behavior*. 2010;15(1):69-75.
59. Forrester RL, Slater H, Jomar K, et al. Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2017;221:172-183.
60. Kim HS, Moore MT. Symptoms of depression and the discrepancy between implicit and explicit self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2019;63:1-5.
61. Gallitano SM, Berson DS. How acne bumps cause the blues: The influence of acne vulgaris on self-esteem. *International Journal of Women's Dermatology*. 2018;4(1):12-17.
62. Tsaousis I. The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2016;31:186-199.
63. Evan EE, Kaufman M, Cook AB, et al. Sexual health and self-esteem in adolescents and young adults with cancer. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2006;107(7):1672-1679.
64. Özkan İ. Benlik saygısını etkileyen etkenler. *Düşünen Adam*. 1994;7(3):4-9.
65. Salary S, Shaieri MR. Study of the relationship between happiness and dimensions of psychosis, neurosis and personality extraversion. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;84:1143-1148.
66. Body mass index-BMI. WHO Regional Office for Europe. 2018. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. (Erişim Tarihi:05.03.2019)
67. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979;9(2):273-279.

68. Savaşır I, Erol N. Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. Psikoloji Dergisi. 1989;7:19-25.
69. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. 1965. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=YR3WCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Rosenberg,+M.+\(1965\).+Society+and+adolescent+self-image.+Princeton,+New+Jersey:+Princeton+University+Press.+&ots=rL_0I6cIMS&sig=EqSdCdmnPQCRXQegk1gwOW8vEV4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=YR3WCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Rosenberg,+M.+(1965).+Society+and+adolescent+self-image.+Princeton,+New+Jersey:+Princeton+University+Press.+&ots=rL_0I6cIMS&sig=EqSdCdmnPQCRXQegk1gwOW8vEV4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (Erişim Tarihi:05.03.2019)
70. Çuhadaroglu F. Adölesanlarda benlik saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Ankara 1986.
71. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, et al. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi. 2011;17(1):33-39.
72. Erol A, Toprak G, Yazıcı F, et al. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri. 2000;3:147-152.
73. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, et al. Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2013;21(2):107-115.
74. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Yeme bozukluklarının epidemiyolojisi: İnsidans, prevalans ve mortalite oranları. Curr Psikiyatri Rep. 2012;14(4):406-414.
75. Jain S, Dixit P. Self esteem: A gender based comparison and the causal factors reducing it among Indian youth. International Journal of Humanities and Social Science Invention. 2014;3(4):09-15.
76. Erkol A, Khorshid L. Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2004;14(2):101-107.
77. Kaya A, Yılmaz A, Demirhan B. Obez Hastalarda Yeme Tutumu İle Vücut Kitle İndeksi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016;3(1):119.

78. Dimitriadis DG, Mamplekou E, Dimitriadis PG, et al. The association between smoking and psychopathology adjusted for body mass index and gender. *Australasian Psychiatry*. 2016;24(5):441-444.
79. Oh E, Song E, Shin J. Individual factors affecting self-esteem, and relationships among self-esteem, body mass index, and body image in patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*. 2017;31(6):588-595.
80. Şengül AM, Hekimoğlu Ş. Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu test puanları arasındaki ilişki. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2005;20:21-23
81. Usta E, Sağlam E, Şen S, et al. Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2(2):187-197.
82. Naeimi AF, Haghghian HK, Gargari BP, et al. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2016;21(4):597-605.
83. Rouzitalab T, Pourghassem Gargari B, Amirsasan R, et al. The Relationship of Disordered Eating Attitudes With Body Composition and Anthropometric Indices in Physical Education Students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(11):1-5.
84. Alahmari T, Alomar AZ, Albeeybe J, et al. Associations of self-esteem with body mass index and body image among Saudi college-age females. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017;4(2):1-9.
85. Teixeira MD, Pereira AT, Marques MV, et al. Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2016;38(2):135-140.

EK 1.

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Birinci Bölüm:

Danışmanlığını DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN'ın yaptığı, DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almakta olan Asist. Dr. Kendal Hanar'ın 'BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE BENLİK SAYGISI VE YEME TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENLENDİRİLMESİ' isimli çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde karşılaşma oranı gittikçe artan obezite, bütün yaş gruplarında etkili kronik bir hastalıktır. Hem bedensel hem de psikososyal boyutu olan yeme bozukluklarının birinci basamakta erken tanınip müdahale edilebilmesi ve uygun konsültasyonların yapılması oldukça önemlidir. Bu çalışmada vücut kitle indeksinin ve önemli ruh sağlığı sorunlarından olan yeme bozukluklarının benlik saygısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi öncelikli hedefimizdir.

Çalışma kapsamında sizden sosyodemografik veri formu, Rosenberg benlik saygısı ölçeği ve yeme tutumu testini doldurmanız istenecektir, vücut kitle indeksiniz hesaplanacaktır.

Eğer bu araştırmaya katılırsanız hekiminiz ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacaktır. Sonuçlar gizli kalacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, ihtimamla korunacak, eğitim ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerinizin ihtimamla korunacağı ve istemediğiniz takdirde bu bilgilerin hiçbirinin bilimsel amaçlı olarak kullanılmayacağını açıkça bildirmek isteriz. Çalışmaya katılıp katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Hatta kendinize ait bilgilerin kullanılması iznini istediğiniz anda geri çekebilirsiniz. Her durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu değildir.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden istediğiniz anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenizi rica ederiz.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ve katılmayabilirsiniz. Araştırmaya katılmak konusunda tercih tamamen size aittir, hiçbir zorlama yoktur, tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durumun araştırmacılar ile olan ilişkinize herhangi bir zarar kesinlikle getirmeyeceğini size temin ederiz. Araştırmayla ilgili bir sorunuz olursa hiç çekinmeden araştırmacılara sorabilirsiniz.

Eğer bu anketi doldurmayı kabul ederseniz sizin için uygun olan cümleleri doğru; sizin görüşlerinizi yansıtmayan cümleleri yanlış olarak işaretleyebilirsiniz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir, çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN

Adres: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / DİYARBAKIR

Tlf: 05547007913 **E-mail:** haslan21@gmail.com

İmza:

Asist. Dr. Kendal Hanar

Adres: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / DİYARBAKIR

Tlf: 05073406226 **E-mail:** kendalhanar@gmail.com

İmza:

İkinci Bölüm:

Danışmanlığını DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN'ın yaptığı, DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almakta olan Asist. Dr. Kendal HANAR'ın 'BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE BENLİK SAYGISI VE YEME TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENLENDİRİLMESİ' isimli çalışması hakkında ve neden görüşümün istendiği konusunda bilgilendirildim. Çalışmaya katılıp katılmama ve herhangi bir anda çalışmadan çıkma, hatta katıldıktan sonra bilgilerimin kullanılması iznini istediğim zaman geri çekebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu yüzden herhangi bir ceza veya hak kaybı ile de karşılaşmayacağım bana iletildi.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Ankette kimlik bilgilerimin yer almayacağı ve bilgilerin tamamen gizli kalacağı, bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı ve ihtimamla korunacağı bana ayrıntılı şekilde anlatıldı.

Anketi nasıl dolduracağım konusunda da bilgilendirildim. Kendi rızamla, hiç kimsenin etkisi altında kalmadan benim için uygun olan cümleleri doğru; görüşlerimi yansıtmayan cümleleri yanlış olarak işaretleyeceğim. Konu ve anketle ilgili sorum olursa araştırmacılara soracağım.

Katılımcı :

Ad-Soyad:

Telefon:

e-mail:

İmza:

EK 2.

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaş:

2.Cinsiyet:

1.Erkek..... 2.Kadın.....

3.Medeni Durum:

1.Evli..... 2.Bekar..... 3.Dul.....

4.Eğitim durumu:

1.okuma yazma bilmiyor.... 2.Okur-yazar.....

3.ilkokul 4.ortaokul.....5.lise.....6.üniversite

5. Mesleğiniz:

1. çalışıyor 2. çalışmıyor 3. öğrenci

6.Sigara içme durumunuz?: (içmiyorsanız lütfen 8. soruya geçiniz)

1.içiyor..... 2.içmiyor.....

7. Sigara içiyorsanız kaç paket /yıl:

8. Vücut ağırlığı (kg):.....

9. Boy (m):.....

10. Vücut kitle indeksi :.....

EK 3.

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “f” kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “a” kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

a: Daima b: Çok sık c: Sık sık d: Bazen e: Nadiren f: Hiçbir zaman

1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
6. Aklım fikrim yemektedir. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
12. Ailem fazla yememi bekler. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
13. Yemek yedikten sona kusarım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
17. Günde birkaç kere tartılırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
19. Et yemekten hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)

20. Sabahları erken uyanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
21. Günlerce aynı yemeği yerim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
23. Adetlerim düzenlidir. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
27. Lokantada yemek yemeyi severim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
28. Müshil kullanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
35. Kabızlıktan yakınırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
37. Perhiz yaparım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir. (a) (b) (c) (d) (e) (f)

EK 4.

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

- 1.** Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 2.** Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 3.** Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 4.** Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 5.** Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 6.** Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 7.** Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 8.** Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 9.** Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 10.** Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ