

T.C

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**METABOLİK SENDROM
TANISIYLA İZLENEN HASTALARDA
BOZUK YEME ÖRÜNTÜSÜ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve SEÇKİN

Tez danışmanı

Prof. Dr. Başak YÜCEL

**İSTANBUL
2020**

T.C

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**METABOLİK SENDROM
TANISIYLA İZLENEN HASTALARDA
BOZUK YEME ÖRÜNTÜSÜ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve SEÇKİN

Tez danışmanı

Prof. Dr. Başak YÜCEL

**İSTANBUL
2020**



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her safhasında desteğini ve ilgisini esirgemeyen; mesleki deneyimi ve insancıl tutumu ile gıpta ettiğim hocam Prof. Dr. Başak YÜCEL'e;

Tez sürecimde hem planlama hem yazım aşamasında danıştığım hocam Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK'e;

Tez hazırlığı sırasında yardımlarını ve destekleyici tutumunu esirgemeyen diyetisyen Dr. Tuba KAYAN TAPAN'a;

İhtisas eğitimin süresince bilgi birikimleri ve mesleki tecrübeleri ile her zaman yol gösterici ve örnek olan hocalarım Prof. Dr. Alp ÜÇÖK'a; Prof. Dr. Raşit TÜKEL'e, Prof. Dr. Işın BARAL KULAKSIZOĞLU'na, Prof. Dr. Mine ÖZKAN'a, Doç. Dr. Erhan ERTEKİN'e, Doç. Dr. Müge BOZKURT'a;

Eğitim sürecimin son dönemlerinde birlikte çalışma fırsatı bulmaktan mutluluk duyduğum ve kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Prof. Dr. Bilgin SAYDAM'a;

İTF Psikiyatri ailesinin birer parçası olarak fakültemizde görev yapan tüm psikolog, hemşire, yardımcı personel, sekreter ve güvenlik görevlisi arkadaşlara;

Son 5 yıldır birçok sorunumda yardımına koşan ve birlikte güzel günler geçirdiğimiz sevgili asistan arkadaşlarıma;

Hayatlarını içtenlikle paylaşan, beni de hayatlarına dahil edip onları daha iyi anlamama izin veren tüm hastalarıma;

Her türlü desteklerini esirgemeyen sevgili aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
I. KISALTMALAR.....	vi
II. TABLO DİZİNİ.....	vii
III. EKLER DİZİNİ.....	viii
IV. ÖZET.....	ix
V. ABSTRACT.....	x
VI. GENEL BİLGİLER.....	1
A. METABOLİK SENDROM.....	1
1. <i>Metabolik Sendrom Tanımı ve Tarihçesi</i>	1
2. <i>Metabolik Sendrom Epidemiyolojisi</i>	3
3. <i>Metabolik Sendrom Tedavisi</i>	5
4. <i>Metabolik Sendrom ve Beslenme</i>	6
B. BOZUK YEME ÖRÜNTÜSÜ.....	8
1. <i>Yeme Bağımlılığı</i>	8
2. <i>Duygusal Yeme</i>	9
3. <i>Gece Yeme Sendromu</i>	12
C. YAŞAM STRESİ, SAĞLIK DAVRANIŞI VE SAĞLIKLI BESLENME.....	15
VII. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
1. <i>Örneklem Seçimi</i>	18
2. <i>Değerlendirme Ölçekleri</i>	18
3. <i>Veri Analizi</i>	22
VIII. BULGULAR.....	23
1. <i>Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması</i>	23
2. <i>Klinik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</i>	26
3. <i>Metabolik Veriler İle Ölçek Puanlarının İlişkisi</i>	30
4. <i>Lojistik Regresyon Analizi</i>	37
IX. TARTIŞMA.....	39
X. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
XI. EKLER.....	49
XII. KAYNAKÇA.....	68

I. KISALTMALAR

ACE İnhibitörleri: Anjiyotensin II Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri

ATP III: Amerikan Erişkin Tedavi Paneli III

BKİ: Beden kitle indeksi

CRH: Kortikotropin Salıcı Hormon

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5

DSM-IV: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aks

HYAA: Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi

ICSD3: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması 3. Baskı

MetS: Metabolik Sendrom

METSAR: Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması

SCID-5/CV: Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

UDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu

YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

YDA: Yaşam Değişimleri Anketi

YYBÖ: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

II. TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli-III (NCEP ATP-III) Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri

Tablo 2. Uluslararası Diyabet Federasyonu (UDF) Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri

Tablo 3. Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu Tanı Kriterleri

Tablo 4. Gece Yemek Yeme Bozukluğu (DSM-V, 2013)

Tablo 5. Sosyodemografik Verilerin İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 6. Metabolik Parametrelerin İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 7. Yaşam Boyu Kilo Değerlerinin İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 8. Alkol, Sigara, Çay, Kahve, Sakız Tüketim Miktarlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 9. YBDÖ Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 10. HYAA Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 11. YYBÖ Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 12. YDA Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo13. SYBD-II Modifiye Form Alt Ölçek Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 14. Gece Yeme Aışkanlığının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

Tablo 15. Tüm Grupta Metabolik Verilerin YBDÖ Puanları İle Bağntı Analizi

Tablo 16. Tüm Grupta Metabolik Verilerin YYBÖ, HYAA ve SYBD-II Puanları İle Bağntı Analizi

Tablo 17. Tüm Grupta Alkol, Sigara, Çay, Kahve ve Sakız Tüketiminin YBDÖ Puanları İle Bağntı Analizi

Tablo 18. MetS Tanısı Konulan Grupta Alkol, Sigara, Çay, Kahve ve Sakız Tüketiminin YBDÖ Puanları İle Bağntı Analizi

Tablo 19. MetS Tanısı Konulmayan Grupta Alkol, Sigara, Çay, Kahve ve Sakız Tüketiminin YBDÖ Puanları İle Bağntı Analizi

Tablo 20. Karşılanan MetS Tanı Kriteri Sayısı İle YBDÖ Puanlarının Bağntı Analizi

Tablo 21. Tüm grupta YBDÖ, YYBÖ, HYAA Puanları ve Gece Yeme Aışkanlığı Bağntı Analizi

Tablo 22. Bağımsız Değişkenler Arası Çoklu Bağlantı Probleminin Standart Hata, Tolerans ve VIF Değerleri Yoluyla İncelenmesi

Tablo 23. Lojistik Regresyon Analizi

III. EKLER DİZİNİ

Ek 1. Etik Kurul Onayı

Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu

Ek 4. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

Ek 5. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

Ek 6. Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi

Ek 7. Yaşam Değişimleri Anketi

Ek 8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Modifiye Form

Ek 9. Özgeçmiş Formu

IV. ÖZET

AMAÇ: Metabolik sendrom (MetS); abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi sistemik bozuklukların bir arada görüldüğü bir endokrinopatidir. Dünya genelinde her geçen gün artmakta ve ciddi morbiditeye neden olmaktadır. Tedavisinde yaşam biçimi değişikliği dikkat çekmektedir. Sıklıkla kilo sorunlarıyla bir arada olması nedeniyle yeme davranışı hastalığının ortaya çıkmasında veya sürmesinde etkili gibi görünmektedir. Bu çalışmada MetS ve ilişkili metabolik bozukluklar nedeniyle tedaviye başvuran hastalarda bozuk yeme davranışının araştırmak ve bozuk yeme davranışının MetS tanısını ne derece yordadığını tespit etmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya toplam 85 kişi dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, SCID-5/CV, Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ), Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi (HYAA), Yaşam Değişimleri Anketi (YDA), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Modifiye Form (SYBD-II) uygulanmıştır. Analizler sırasında örneklem grubu Uluslararası Diyabet Federasyonu (UDF) MetS Tanı Kriterleri'ne göre tanı konulan ve konulmayan iki gruba ayrılarak karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: MetS tanısı konulan grubun yaş ortalamasının tanı konulmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. MetS tanısı konulan grupta gece yeme alışkanlığı; kısıtlayıcı yeme davranışı; yemek, kilo ve beden ile ilgili endişe düzeyi tanı konulmayan gruba göre anlamlı biçimde daha yüksek olarak saptanmıştır. İki grup arasında yeme bağımlılığı, tıknırcasına yeme davranışı veya duygusal yeme açısından fark bulunmamıştır. Regresyon analizinde kilo endişesinin MetS tanısının anlamlı bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur.

SONUÇ: Bu çalışmada MetS tanısının özellikle yaşla birlikte arttığı ve MetS tanısı konulan bireylerin yemek, kilo ve beden ile ilgili daha kaygılı oldukları ve kısıtlama eğilimi gösterdikleri tespit edilmiştir.

V. ABSTRACT

OBJECTIVE: Metabolic syndrome (MetS) is an endocrinopathy that contains a combination of systemic disorders such as abdominal obesity, glucose intolerance or diabetes mellitus, dyslipidemia, hypertension and coronary artery disease etc. Worldwide, it is increasing day by day and causes serious morbidity. Lifestyle change is remarkable in its treatment. Eating behavior seems to be effective in the emergence or maintenance of the disease because it is often associated with weight problems. The aim of this study was to investigate eating behaviors in patients with MetS and related metabolic disorders and to determine which disordered eating behaviour could predict the diagnosis of MetS.

METHODS: A total of 85 subjects were included in the study. Sociodemographic data form, SCID-5 / CV, Eating Disorder Assessment Scale (EDE-Q), Yale Food Addiction Scale (YFAS), Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ), The Life Experiences Survey (LES), Healthy Life Style Behavior Scale II- Modified Form (HLSB-II) was applied. During the analysis, the sample group was divided into two groups according to the MetS diagnostic criteria of International Diabetes Federation (IDF).

RESULTS: The group with MetS diagnosis was found to be significantly older than the group without diagnosis. In the group diagnosed with MetS; night eating habits, restriction behavior, the level of concern about food, weight and body shape was significantly higher than the undiagnosed group. There was no difference between the two groups in terms of food addiction, binge eating behavior or emotional eating. In regression analysis, it was found that weight concern was a significant predictor of MetS diagnosis.

CONCLUSION: In this study, it was found that the diagnosis of MetS increased especially with age and these individuals were more anxious about eating, weight and body shape and showed a tendency to restrict.

VI. GENEL BİLGİLER

A. METABOLİK SENDROM

1. Metabolik Sendrom Tanımı ve Tarihçesi

Metabolik Sendrom ilk defa 1923 yılında İsveçli hekim Eskil Kylin tarafından bazı bireylerde hipertansiyon, hiperglisemi ve hiperürisemi kümelenmesinin fark edilmesiyle tarif edilmiştir.¹ 1940 yılına gelindiğinde Vague abdominal obezite ve vücut yağ dağılımının diyabet ile ilişkisini tanımlamıştır.² 1965 yılında Avogaro ve Crepaldi hiperglisemi, hipertansiyon ve obeziteden oluşan bir fenotipi sendrom olarak adlandırmıştır.³ 1970'li yılların sonlarında Alman biliminsanları hipertansiyon, hiperglisemi, obezite ve hiperlipideminin sıklıkla bir arada bulunduğunu ve bu tablonun metabolik bir sendrom olabileceğini ifade etmiştir.⁴ 1988 yılında Amerikalı bir endokrinolog olan Gerald M. Reaven glukoz intoleransı, hiperinsulinemi, hipertansiyon, artmış trigliserit düzeyi, azalmış HDL düzeyi ve bunlara bağlı artmış iskemik kalp hastalığı riskini tanımlanmış ve bu durumu mortaliteye gönderme yaparak “Sendrom X” olarak adlandırmıştır.⁵

Devam eden araştırmalar sendrom tanımında yoğunlaşmış; trigliserit yüksekliği, glukoz intoleransı, hipertansiyon yanında sıklıkla üst beden bölgesinde şişmanlık olduğu tespit edilmiş ve bu dört bulgu kümelenerek “ölümcül dördü” olarak isimlendirilmiştir. Zamanla aterosklerozun da bu tabloya eşlik ettiği görülmüş ve tanım “ölümcül beşli” şeklinde güncellenmiş, sonrasında eritrositoz ve ürik asit yüksekliğinin de tanımlara dahil olması ile isimlendirme “ölümcül orkestra”ya dönüşmüştür.⁶

Zaman içinde abdominal obezitenin sendrom içindeki önemi kabul edilmiş ve insülin direnci sendromu, metabolik kardiyovasküler sendrom, insülin direnci-hiperlipidemi sendromu gibi çeşitli isimlendirmeler yapılmıştır.⁷

1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tek isimde uzlaşmanın önemine vurgu yaparak tüm bu risk faktörlerinin “Metabolik Sendrom” olarak isimlendirilmesini önermiştir.⁷

Günümüzde metabolik sendrom adıyla anılan bu risk faktörleri topluluğu abdominal obezite, insülin direnci, hipertansiyon ve hiperlipidemiye içermektedir. Farklı organizasyonların metabolik sendrom tanı kriterleri açısından temel öğeleri ortak olmakla birlikte bazı noktalarda ayrışan önerileri olmuştur.

DSÖ 1999 yılında yayınladığı kılavuzda metabolik sendrom tanısı için insülin direnci varlığını şart koşmuş; bunun yanında obezite, hipertansiyon, dislipidemi ve mikroalbuminüriden iki kriterin daha bulunmasını gerekli görmüştür.⁷

2001 yılında Amerikan Erişkin Tedavi Paneli III (ATP III) bu konuda bir kılavuz yayınlamış ve herhangi bir risk faktörünün tanı için mutlak şart olmadığını ancak abdominal obezitenin sendromda baskın bir yeri bulunduğunu belirtmiştir. ATP III kılavuzunda abdominal obezite, yüksek trigliserit, düşük HDL kolesterol, yüksek kan basıncı ve yüksek açlık glukozu tanı kriterleri olarak belirlenmiş; abdominal obezite için erkeklerde >102 cm, kadınlarda >88 cm olarak belirtilmekle beraber farklı etnik gruplarda bu ölçümlerin değişebileceği kaydedilmiştir.^{8,9}

2005 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu (UDF) metabolik sendrom kriterleri içinde abdominal obeziteye vurgu yapmış ve DSÖ tanı kılavuzu gibi abdominal obeziteyi tanı için olmazsa olmaz kriter olarak ilan etmiştir. Avrupalılarda abdominal obezite eşik değerini erkeklerde ≥ 94 cm, kadınlarda ≥ 80 cm; Asyalılarda erkeklerde ≥ 90 cm ve kadınlarda ≥ 80 cm ve Asyalılardan farklı olarak Japonlarda erkeklerde ≥ 85 cm ve kadınlarda ≥ 90 cm olarak düzenlemiştir. Ayrıca bozulmuş açlık glukozu eşik değerini 110 mg/dL’den 100 mg/dL’ye çekmiştir.^{7,10,11}

Tablo 1. Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli-III (NCEP ATP-III) Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri⁸ (*National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel-NCEP ATP III*)

- Abdominal obezite (bel çevresi: erkeklerde >102 cm, kadınlarda >88 cm)
- Hipertrigliseridemi (≥ 150 mg/dL)
- Düşük HDL (erkeklerde <50 mg/dL, kadınlarda <40 mg/dL)
- Hipertansiyon ($\geq 130/85$ mmHg)
- Açlık kan glukozu ≥ 110 mg/dL veya Tip 2 diyabet

**Yukardakilerden 3 veya daha fazla kriter tanı koydurur.*

Tablo 2. Uluslararası Diyabet Federasyonu (UDF) Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri^{11,12}

Abdominal obezite (bel çevresi; erkeklerde >94 cm, kadınlarda >80 cm) ve

- Hipertrigliseridemi (≥ 150 mg/dL)
- Düşük HDL düzeyi (erkeklerde <40 mg/dL, kadınlarda <50 mg/dL)
- Hipertansiyon ($\geq 130/85$ mmHg)
- Açlık kan glukozu ≥ 100 mg/dL veya Tip 2 DM

**Abdominal obezite ve yukarıdakilerden en az iki kriter tanı koydurur. Beden kitle indeksinin >30 kg/m² olması halinde bel çevresine bakılmaksızın abdominal obezite var kabul edilebilir.*

2. Metabolik Sendrom Epidemiyolojisi

Metabolik sendromla ilgili çalışmalar son 30 yılda giderek artmıştır. Tanı kriterlerinin çeşitliliği, ırklara özgü parametrelere sahip olması gibi nedenler dünya genelinde yapılan çalışmaların karşılaştırılabilirliğini azaltmaktadır. Bu nedenle genel bir prevalanstan bahsetmek güçtür. Ancak bölge bölge bakıldığında metabolik sendrom sıklığının sedanter yaşam, enerji içeriği yüksek beslenme ve dolayısıyla obeziteyle paralellik gösterdiği söylenebilir.⁷

2015 yılında yayınlanan kapsamlı bir epidemiyolojik çalışmada (MARE-Metabolic syndrome and Arteries Research Consortium) 10'u Avrupa ülkelerinden olmak üzere toplam 12 kohort çalışmasının analizi sonucunda ATP III kriterlerine göre metabolik sendrom genel

prevalansı % 24.3 olarak tespit edilmiş; metabolik sendrom prevalansının erkeklerde % 23.9, kadınlarda % 24.6 olduğu ayrıca bildirilmiştir. ¹³

Metabolik sendrom hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artmakta olan bir halk sağlığı sorunudur. Birçok ülkede erişkin nüfusun %20 ile %30'nda görülmekte ve modern çağın pandemisi olarak tanımlanmaktadır. Erişkinlerde ortalama prevalansın %20 civarında olduğu ve metabolik sendrom görülme sıklığının yaşla arttığı gözlenmektedir. Prevalans 20-29 yaş arasında %6.7 iken 60-69 yaş arasında % 43.5 olarak tespit edilmiştir. ¹⁴

Metabolik sendrom prevalansının dünya genelindeki kentsel bölgelerde erkeklerde %8 (Hindistan) ile %24 (Amerika Birleşik Devletleri) arasında, kadınlarda %7 (Fransa) ile %43 (İran) arasında değiştiği bildirilmektedir. ¹⁵

NCEP ATP III kriterlerinin kullanıldığı National Health and Nutrition Examination Survey III'de (NHANES) Amerika Birleşik Devletleri'nde metabolik sendrom prevalansı 2002 yılında % 23,7 olarak bulunmuşken 2012'de % 34,2'ye yükseldiği kaydedilmiştir. ^{16,17}

Türkiye'de kardiyovasküler risk faktörlerini değerlendiren epidemiyolojik araştırmaların sistematik derlemesi ve meta-analizini yapan, 2018 yılında yayınlanmış bir çalışmada ülkemizde metabolik sendrom prevalansı tüm grupta %32.9, kadınlarda %38.3, erkeklerde %26.8 olarak bulunmuştur. ¹⁸

METSAR (Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması) sonuçlarına göre ise ülkemizde metabolik sendrom sıklığı 20 yaş ve üzeri erişkinlerde %35 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ülkemizde metabolik sendrom prevalansının kadınlarda %41.1, erkeklerde %28.8 olduğu ve diğer ülkelere göre cinsiyetler arasında belirgin prevalans farkı bulunduğu tespit edilmiştir. ¹⁹ Ülkemizde yapılan bir diğer kapsamlı çalışma olan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasında metabolik sendrom prevalansı %36.2 olarak tespit edilmiştir. ²⁰

3. Metabolik Sendrom Tedavisi

Genetik faktörlerin yanında çevresel etmenlerin etkisiyle metabolik sendromun ortaya çıktığı düşünülürse tedavide ilk adım yaşam tarzı değişiklikleri olmalıdır.¹⁹ Yaşam tarzı değişiklikleri fiziksel aktivitenin artırılması, uygun diyet ve böylece kilonun normale çekilmesi, sigaranın bırakılmasıdır.²¹ Tedavinin ana amacı metabolik sendromun sebep olduğu kardiyovasküler hastalık riskini düşürmektir. Bu bağlamda uygun bir beslenme programı ve düzenli egzersiz ile ideal kilonun sağlanması metabolik sendromda gözlenen tüm bozukluklara karşı düzeltici etki yapar. 6 ay-1 yıl içinde %5-10'luk kilo kaybının metabolik sendromun tüm bileşenlerinde düzeltici etkisi bulunmaktadır. Sigara ve alkol kullanımının kardiyovasküler, hepatik ve metabolik komplikasyonları arttırıcı etkisi düşünülerek hastaların bu konuda uyarılması ayrıca önemli bir noktadır.^{7,10,19}

Yaşam tarzı değişikliklerinin yeterli metabolik kontrolü sağlamadığı durumlarda antihiperglisemik, antihiperlipidemik, antitrombotik ve antihipertansif farmakolojik ajanlar gündeme gelmektedir.²¹ Antihiperlipidemik tedavide ilk hedef LDL düzeyinin <100 mg/dL'nin altına çekilmesidir; bu konuda en etkin ajanlar statinler olarak kabul edilmektedir.⁷ Metabolik sendromda lipit profili düşük HDL ve yüksek trigliserit şeklinde olduğu için hiperlipidemi tedavisinde HDL kolesterolü arttırmak ve trigliseridi düşürmek diğer hedeflerdir. Statin, fibrat, niasin ve insülin duyarlılığını arttıran tiazolidinedion grubu ilaçların birlikte kullanımı bu noktada etkindir.²² Antihipertansif tedavi kapsamında tuz kısıtlaması önemli ve etkin bir diyet önerisidir.⁷ Diyabetik hastalarda sistolik/diyastolik kan basıncı hedefi 130/80 mmHg'dır. Antihipertansif tedavide ACE İnhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerlerinin proteinüriyi engellemek ve renal komplikasyon riskini azaltmak gibi etkileri de vardır. Diyabet tedavisindeki gibi metabolik sendromlu bireylerde de ACE inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri tedavide öncelikli ve iyi seçeneklerdir.^{7,10,21} Antihiperglisemik tedavide öncelikle insülin direncinin tedavisi önerilmektedir. Metformin ve glitazonlar insülin direnci tedavisinde etkindir. Metformin tedavisinin lipit profiline de olumlu katkısı vardır. Aşikar diyabet gelişmesi durumunda diğer diyabetik ajanlar da kullanılmalıdır.¹⁰ Aşikar koroner arter hastalığı ve diyabet gelişen tüm hastalarda antiinflamatuvar etkinlik için 100 mg/gün asetilsalisilik asit tedavisine başlanmalıdır.^{10,21}

4. Metabolik Sendrom ve Beslenme

Altı Avrupa ülkesinden toplam 5967 katılımcıyı kapsayan, diyetle ilişkili hastalıklar hakkındaki farkındalık araştırmasında katılımcıların %31'i metabolik sendromun diyetle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bu oran kalp hastalıklarında %88 iken obezitede %71'dir. ²³

2006 yılında yapılan başka bir çalışmada (The HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study- Ergenlikte Beslenme ve Avrupa'da Sağlıklı Yaşam) Avrupalı gençlerde yeme tutumları, beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve fiziksel aktivite alışkanlıkları araştırılmış ve gençlerin en çok yeme tutumları ve gıda seçimleri konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu konularda eğitimin ilerde gelişecek obezite ve diğer metabolik risk faktörleri açısından önleyici olabileceği ifade edilmiştir. ²⁴

Metabolik sendrom tedavisinde olası diyabet ve kardiyovasküler hastalık gelişimini önlemek esas hedeftir. Abdominal obezitenin engellenmesi için uygun bir beslenme ve egzersiz programı tasarlamak gibi yaşam tarzı değişiklikleri tedavi basamaklarında önceliklidir. ^{7,14} Metabolik sendromlu bireylere beslenme önerisi olarak az ve sık aralıklarla yani vücut metabolizmasını hızlandıracak şekilde beslenmeleri ve gıda seçiminde glisemik indeksi düşük karbonhidrat tercih etmeleri, günlük kalori alımlarının %45-55'ini karbonhidrat, %25-35'ini yağ ve geri kalan %15'ini protein olarak düzenlemeleri önerilmektedir. ^{7,19,25}

İsveç'te 2013 yılında yayınlanan bir kohort çalışmasında 27 yıllık izlem sonucunda öğün atlama veya sadece şekerli bir şeyler içerek kahvaltı yapma gibi kötü kahvaltı alışkanlığı olan kişilerin ilerde daha fazla oranda metabolik sendrom geliştirdiği sonucuna ulaşılmış, kötü kahvaltı alışkanlıklarının metabolik sendromu öngörebileceği vurgulanmıştır. ²⁶

Her ne kadar yaşam tarzı değişiklikleri metabolik sendrom tedavisinde öncelikli sayılsa da çeşitli farmakolojik tedaviler uygulanmasına rağmen yaşam tarzı değişikliklerinin önemi konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan hastalar çoktur. Kardiyometabolik riskin aşırı kilo ve kötü beslenme tipiyle direk ilişkili olduğu gösterilmiştir. Şaşırtıcı şekilde hastaların kötü yeme alışkanlıklarının normal popülasyonla aynı olduğu şeklinde çarpık kanaatleri olduğu ve bu hasta grubunda beslenme alışkanlıklarının psiko eğitimde vurgulanması gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca stresli durumlarda yüksek kalorili gıda ve abur cubur tüketiminin arttığı not edilmiştir.

²⁷ Duygusal yeme benzeri bu tutum metabolik sendromlu bireylerde önemli bir araştırma konusudur.

2017’de Fransa’da hapisshane de kalan kişilerde yapılan bir çalışmada yeme davranışları, fiziksel aktivite düzeyleri ve metabolik sendrom komponentleri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda kadınlarda metabolik sendrom sıklığı, duygusal yeme puanları ve kısıtlayıcı yeme davranışı puanları erkeklerden yüksek bulunmuştur. Örneklem sayısı az olsa da metabolik sendrom ve bozuk yeme davranışı arasındaki ilişkiye vurgu yapması açısından dikkat çeken bir çalışma olmuştur. ²⁸

Diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada Gece Yeme Sendromu’nun yeme tutumu, depresif semptomlar ve glisemik kontrolle ilişkisine bakılmış; yüksek Gece Yeme Anketi puanlarının daha kötü glisemik kontrol, daha yüksek HbA1c düzeyleri, daha fazla kahvaltı atlama, daha fazla depresif semptomlar ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. ²⁹

Japonya’da yapılan daha geniş ölçekli bir çalışmada 8153 kişinin 4 yıl sonrasında yeme davranışları ve metabolik parametreleri ölçülmüş; kadınlarda gece yeme alışkanlığının metabolik sendrom gelişmesiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ilginç olarak erkeklerde gece yeme alışkanlığı ve metabolik sendrom gelişmesi arasında anlamlı bir bağlantı gösterilememiştir. ³⁰

2017 yılında yayınlanan bir meta analizde yeme bozuklukları Tip 2 diyabet riski açısından değerlendirilmiş; bulimiya nervoza tanısının tip 2 diyabet riskini arttırdığı, anoreksiya nervoza tanısının tip 2 diyabet riskini azalttığı, tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının tip 2 diyabet riskini arttırsa da sonucun bulimiya nervoza kadar kesin olmadığı bildirilmiştir. ³¹ Yeme davranışının metabolik parametreler üzerindeki etkisini irdelemek açısından bu ve benzeri çalışmaların önemli sonuçlara ulaştığı görülmektedir.

B. BOZUK YEME ÖRÜNTÜSÜ

1. Yeme Bağımlılığı

Yeme bağımlılığı kavramı ilk defa 1956'da Theron Randolph tarafından kahve, şeker, yumurta, patates gibi bazı gıdaların kimi insanlarda tıpkı alkollü içecekler gibi bağımlılık yapıcı etkisinin olabileceğini belirtmesi üzerine bilimsel literatürde tanımlanmıştır. ³² Belirli yiyeceklerin kısa sürelerde büyük miktarlarda tüketilmesi, bu gıdaların tüketimi sırasında kişilerin yeme davranışı üzerindeki kontrollerini kaybetmeleri ve bazı yiyeceklerin tüketimi kısıtlandığında veya kesildiğinde yoksunluk benzeri belirtiler tarif edilmesi gibi kriterler üzerinden diğer bağımlılık durumlarına benzetilerek bu tablonun çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır. ³³

Metabolik sendrom ve obezite global bir pandemi olarak tanımlanırken etiyolojilerinde yeme bağımlılığı önemli bir yer teşkil etmektedir. ³⁴

Gıda endüstrisindeki gelişmeler gıdaların günümüzde daha fazla doymuş yağlar, yüksek miktarda şeker ve çeşitli lezzet artırıcı kimyasallar içermesiyle sonuçlanmıştır. Bazı çalışmalar gıdalardaki bu değişimin insan beyninde bağımlılık yapıcı etkisinden bahsetmektedir. Nörogörüntüleme çalışmalarında bazı gıdaların tıpkı alkol veya bağımlılık yapıcı maddeler gibi ödül yollarını aktive ettiğine, lezzetli gıdaların diğer besinlerden farklı olarak striatum, orbitofrontal korteks ve posterior dorsal amigdalada dopaminerjik etkinliği arttırdığına dair bulgulardan söz edilmektedir. ³⁵ Hem madde hem yeme bağımlılığında dopamin sinyalinde sönümlenme, μ opiyat reseptörlerinde down regülasyon (reseptör sayısının azaltılması), prefrontal alanlarda inhibitör kontrolün azalması ortak bulgulardır. ³⁶

Öte yandan gıdaların insanın hayatta kalması için gereklilik olduğuna vurgu yaparak gıda alımı veya alınan besinlerin bağımlılık yapan diğer maddeler veya diğer bağımlılık davranışları ile aynı kefiye koyulamayacağını savunan bir görüş de bulunmaktadır. ³⁷ Özellikle bağımlılık tedavisinde bağımlılık oluşturan maddenin tamamen kesilmesi mümkünken yeme bağımlılığında gıdanın kesilmesi söz konusu olamayacağı, bu nedenle yeme bağımlılığının ayrı bir kulvarda değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. ³⁶

Preklinik çalışmalarda beslenmenin homeostatik ve hedonistik yn araştırılmış; homeostatik beslenme durumunda bireylerin ideal kilolarını koruyacağı ancak hedonistik bileşenin yeme bağımlılığı ve dolayısıyla obezite ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. ³⁸

Bağımlılık modelleri kullanılarak yapılan hayvan çalışmalarında bazı yiyeceklerin nucleus accumbens'te dopamin salınımına sebep olduğu, özellikle glukozdan zengin besinlerin tketimeyle ödül yollarının aktive olduğu bulunmuştur. ³⁹ İçeriğinde yüksek miktarda glukoz bulunan gıdalarla beslenen ratların hem besini aşırı tükettiği hem de besin bulamadığında aşerme, yoksunluk, anksiyete, depresyon gibi opiyat yoksunluğuna benzetilen belirtiler sergilediği tespit edilmiştir. ⁴⁰

Sonuç olarak; yeme bağımlılığı tüm tartışmalara rağmen son yıllarda daha fazla dikkat çekmektedir; metabolik sendrom ve dolayısıyla obezite ile ilişkilendirilen bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Karmaşık pek çok özelliği bulunduran yeme bağımlılığı konusunda ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

2. Duygusal Yeme

Duygusal yeme bireyin öfke, can sıkıntısı, üzüntü, mutsuzluk, yalnızlık gibi olumsuz duygulara karşılık aşırı yeme davranışı göstermeye meyilli olması olarak tanımlanan bir bozuk yeme davranışıdır. ⁴¹

Duygusal durumların iştah ve gıda alımına etkisi olmakla birlikte bu etkinin birey düzeyinde farklı olacağı vurgulanmıştır. Bazı bireylerde duygusal durumlar yeme miktarını arttırdığı gibi bazı bireylerde azaltabilmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçlara bakıldığında duygu düzenleme için besin alımını arttıran duygusal yemesi olan bireyler, bir süredir gıda alımını kısıtladığı için zaman içinde gıda alımı üzerindeki kontrolünü yitiren kısıtlayıcı beslenen bireyler, yeme davranışında bir bozukluk olmadığı halde olumlu veya olumsuz duygular karşısında gıda alımı değişen bireyler şeklinde bira farklı yeme modeli tanımlanmış ancak duygusal durumların yeme üzerindeki etkisini net olarak tespit etmenin zor olabileceği belirtilmiştir. ⁴²

Duygusal yeme ile ilgili çalışmalar daha çok obezite ve bulimiya araştırmaları çerçevesinde yer bulmuş, bulimiyadaki tıknırcasına yeme ataklarının duygusal yeme olabileceği dūřınılmūř, bu nedenle duygusal yemenin obeziteye katkısına vurgu yapılmıştır. Ayrıca diyet yapan kişilerde besin alımını kısıtlama sonrası artan beslenme davranışının duygusal yeme olabileceğine dikkat çekilmiştir.⁴³

İnsan fizyolojisine bakıldığında stres durumunda sempatik aktivasyonla gıda alımının azalması ve yeme davranışının baskılanması normal fizyolojik yanıt olarak değerlendirirken olumsuz duygularla gıda alımında artış olması fizyolojik anlamda tutarsız bir durum olarak değerlendirilmiştir. Stres durumunda gıda alımının artmasının obez bireylerde, normal kiloda olup da yeme kısıtlaması-diyet yapan kişilerde ve yeme bozukluğu tanısı konulan kadınlarda daha sık gırıldūęu ifade edilmiştir.⁴³ Dięer yandan stres tipinin de yeme davranışına etkisinde değişkenlik olabileceği vurgulanmış; akut stresin ilk etapta hipotalamus-hipofiz-adrenal aks (HPA) üzerinden kortikotropin salıcı hormon (CRH) salınımıyla gıda alımını baskıladığı ve organizmanın besin arama davranışındansa kaçma ve savaşma davranışına yōneltildięi, ancak stresin devam etmesi üzerine veya kronikleşmesi halinde bu defa glukokortikoid aracılı stimölasyonla yeme davranışının ve gıda alımının indüklediği dūřınılmektedir.^{44,45} Ayrıca kronik stresin bireylerde lezzetli ve yüksek kalorili gıda alımını tetiklediği; bu nedenle obeziteye ve yeme bağımlılığına neden olabileceği belirtilmiştir.⁴⁶

Olumsuz duyguların gıda alımını arttırdığı çalışmalarla gōsterilebilse de bunu tam olarak hangi mekanizmayla sağladığı bilinmemektedir. Bu konuda ortaya atılmış teorilerden ilki olan psikosomatik teoriye gōre duygusal yemesi olan kişilerin duygularını tanıma becerisi dūřuktur ve bu kişiler açlık veya tokluk hissi ile değil diğer duyguları neticesinde yemek yeme davranışı gōstermektedir.⁴³

Kaplan ve Kaplan obezite teorilerinde duygusal yeme konusunda obez kişilerin gergin ve sıkıntılı hissettiklerinde anksiyeteyi yatıştırmak için yemek yeme davranışı gōsterdiklerini, yemek yemenin protein ve karbonhidrat alımı sonrası beyinde serotonin gibi bazı nōrotransmitter salınımına neden olarak anksiyeteyi yatıştırıyor olabileceğini ifade etmişlerdir.

Hilde Bruch çocukluk çağı obezitesinden bahsettiği makalesinde obez bireylerin açlık hissi ve akabinde beden ihtiyaçlarının giderilmesinde hatalı öğrenmelerinin olabileceğinden ve yine Kaplan ve Kaplan'ın teorisinde bahsettiği gibi obez bireylerin rahatsız edici hisler karşısında yeme davranışı gösterdiğini belirtmiştir. ⁴⁸

Diğer bir obezite teorisi de Schachter'a aittir. Schachter Bruch'un obez bireylerin açlığı tanıyamaması, bu hissi hatalı öğrendikleri yönündeki iddiası üzerine çalışmış ve benzer bir sonuca varmıştır. Obez bireyler açlığın fizyolojik etkilerini tanımlamakta güçlük çekmekte ve diğer duygularla da yemeğe yönelmektedir. İçsel uyarıları tanımakta zorlanan bu kişilerin besinlerin kokusu, görüntüsü gibi dışsal uyarılara göre yemek yemeyi başlatmaları ve durdurmalarının daha sık olabileceğini bildirmiştir. ⁴⁹

Bir diğer obezite teorisi de kısıtlama teorisidir. Bu teori gıda kısıtlamasının tıkinma ile devam edebileceğini belirtir. Araştırmalar kısıtlayıcı şekilde beslenen kişilerin kiloları ve yemeklerin kilo yapıcı etkisi konusunda kaygılı olduğunu vurgular. Ancak bu kısıtlama uğraşısı anksiyete, depresyon gibi güçlü duygular, aşırı yediği düşüncesi veya kognisyonu bozacak düzeyde alkol alımı gibi durumlarda devre dışı kalır ve kişi fazla besin tüketir. Normal kilolu kişiler yedikleri besinler ve kilo alma konusunda endişeli olmadıkları için yediklerini kontrol etme çabasına girmez ve akabinde tıkinmayı tetikleyecek kısıtlamalar yapmazlar. ⁵⁰

Obezite teorilerinden sonuncusu da kaçış teorisidir. Bu teoride egonun olumsuz durumlardan kaçmak için kişileri yemeye yönlendirdiği ifade edilir. ⁵¹

Duygusal yemenin çocuk ve ergenlerde, aleksitimik bireylerde, yeme bozukluğu eş tanısı olanlarda ve kilo verdirici tedavi uygulanan kişilerde görülme riski daha fazladır. ⁴¹ Kişilerin sıklıkla evde yalnızken veya gizlice duygusal yeme davranışı gösterdikleri bildirilmiştir. Bununla birlikte duygusal yemenin düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları ve yeme bozukluklarıyla ilişkisi vurgulanmıştır. ⁵²

3. Gece Yeme Sendromu

Açlık dürtüsü uyanıklık haliyle ilişkilidir. Açlık dürtüsü homeostatik ve sirkadiyen ritimlerin kontrolünde düzenlenir. Geceleri yemek yenmemesine rağmen kan şekerinin ve enerji durumunu düzenlenmesi enerji homeostazisi ile mümkün olmaktadır.⁵³

Gece yeme sendromu ilk olarak 1955'te Stunkard tarafından tanımlanmıştır. Stunkard tedaviye dirençli obezite hastalarında sabah anoreksisi, akşam hiperfajisi ve insomnia ile karakterize bir durum tarif etmiştir. Bu kişilerin sabahları kahvaltıyı atladığını veya çok az miktarda besin aldığını, günlük toplam kalorisinin %25'inden fazlasını ise akşam yemeği sonrasında tüketmeye meyilli olduklarını ve haftada en az üç gece uykusuzluk yakınması yaşadıklarını belirtmiştir.⁵⁴ Bu kişilerin akşamları daha kalorili yiyecekler tükettikleri, gece yedikleri besinlerin %70'ini karbonhidratların oluşturduğu ve gece yemelerinin tıknırcasına yeme şeklinde olmadığı bilinmektedir.⁵⁵

1955'te Stunkard ve arkadaşlarının yaptığı Gece Yeme Sendromu tanımı sonrasında 1999 yılında Birkevendt ve arkadaşları tarafından güncellenmiştir. Böylece öncesinde akşam yemeği sonrası günlük toplam kalori miktarının %25'inden fazlasının alınması gerektiğini belirten kriter %50 ve üzeri olarak değişmiştir. Ayrıca Birkevendt ve arkadaşları gece uyanıp yemek yeme davranışının bilinçli bir davranış olduğuna, kişilerin bilinçli bir şekilde yemek yemek veya atıştırmak için gecede en az bir defa uyandıklarına dikkat çekmiştir.⁵⁵

2010 yılında Uluslararası Gece Yeme Sendromu Çalışma Grubu tanı standardizasyonu açısından tanı kriterlerini gözden geçirmiş ve şu şekilde düzenlemiştir;

Tablo 3. Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu Tanı Kriterleri (2010) ⁵⁶

A. Aşağıda belirtilenlerin birisi ya da her ikisi şeklinde ortaya çıkan, günlük yeme düzeninde akşamları ve/veya geceleri belirgin artış olduğunun gösterilmesi
1. Gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması
2. Haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması
B. Akşam ve gece yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması
C. Aşağıdaki bulguların en az 3 tanesinin kliniğe eşlik etmesi
1. Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması.
2. Akşam yemeği ile uyku başlangıcı arasında ve/veya geceleri güçlü yeme isteği varlığı
3. Haftada en az 4 ya da daha fazla uykuya başlama ve/veya uykuyu sürdürme insomniyası olması
4. Uykuya başlamak ya da geri dönebilmek için yeme gerekliliği inancının varlığı
5. Duygudurumunun sıklıkla depresif olması ve/veya akşamları kötüleşmesi
D. Bozukluğun belirgin sıkıntı ve/veya işlevsellikte azalmaya yol açması
E. Yeme düzenindeki bozukluğun en az 3 aydır olması
F. Bu bozukluğun herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, tıbbi hastalık, ilaç kullanımı veya diğer psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak gelişmiş olmaması

2013 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) beşinci baskısında gece yeme sendromu tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında “Gece Yemek Yeme Bozukluğu” ismiyle tanımlanmıştır. ⁵⁷

Tablo 4. Gece Yemek Yeme Bozukluğu (DSM-V, 2013) ⁵⁷

• Yemek yendiğinin ayırımında olunması ve yemek yendiği anımsanır
• Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/veya işlevsellikte düşmeye neden olur
• Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri
• Gece yemek yeme, kişinin uyku uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilere daha iyi açıklanamaz
• Düzensiz yeme örüntüsü, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere başka ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna bağlanamaz

Ayrııcı tanıda Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu'ndan ayırım önemlidir. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu; Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması'nın (International Classification of Sleep Disorders 3th Edition- ICSD3) 2014 yılında yayımlanan son baskısında Non-REM ile ilişkili parasomniler alt başlığında yer almıştır.⁵⁸ Gece yeme sendromunda bireyin yemek yeme davranışı sırasında uyanık olması, yemek yediğini hatırlaması bu ayırımı önemlidir. Uykuyla ilişkili yeme bozukluğunda kişi yeme davranışının farkında olmaz veya hatırlamaz; bu bilinçsizlik hali nedeniyle sıklıkla yemek arama sırasında çeşitli kazalar olabildiği gibi yeme seçiminde de gıda dışı/yenmeyecek şeylerin seçimi görülmektedir.^{59,60} Gece yeme sendromu bir yeme bozukluğu iken uykuyla ilişkili yeme bozukluğu bir parasomnidir. ^{59,61,62} Gece yeme sendromu olan bireyler sıklıkla gece yemek yemenin uyumaları için bir gereklilik olduğuna dair bir inanca sahiptirler ve gece yatmadan önce veya uyandıkları kısa sürelerde yemek yemek için güçlü bir istek duyarlar.⁵⁹

Gece yeme sendromu sıklığı genel popülasyonda %1.5, psikiyatrik hastalığı olan bireylerde %12.3, obez bireylerde %10.1, haftada en az bir defa tıknırcasına yemesi olan kadınlarda %37 olarak bildirilmiştir. ⁶³⁻⁶⁶ Obez bireylerde, uykusuzluk şikayeti olanlarda, psikiyatrik eş tanısı olanlarda ve yeme bozukluğu tanısı konulan kişilerde gece yeme sendromu görülme riski daha yüksektir. ⁶⁷ Gece yeme sendromu sıklıkla 20'li yaşlarda başlar ve kadınlarla erkeklerde eşit oranda bulunur.⁶²

Gece yeme sendromu ve metabolik sendrom arasındaki ilişki netleşmemiştir.⁶⁷ Calugi ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir çalışmada gece yeme sendromu olan 27 kişi ile gece yeme sendromu bulunmayan 239 obez birey metabolik sendrom bileşenleri açısından

karşılaştırılmış ancak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ⁶³ Yine de düşük uyku kalitesi diyabet, obezite, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilendirildiği için uyku bozukluğu yaşayan gece yeme sendromu bulunan kişilerde metabolik sendrom riskinin artmış olduğu varsayılabilir. ⁶⁸⁻⁷¹

Klinik özelliklere bakıldığında gece yeme sendromu bulunan kişilerin daha sık depresif yakınmalardan bahsettikleri, endojen depresyonun aksine geceleri daha sık depresif hissettikleri ve belki de olumsuz duyguları bastırmak için gıda alımına yöneldikleri, yani gece yemek yemenin duygusal yemeye yakınlığı da ayrıca vurgulanmıştır. ^{55,72}

C. Yaşam Stresi, Sağlık Davranışı ve Sağlıklı Beslenme

Stres kişiler arası ilişkilerde zorlanma, sevilen kişilerin kaybı veya işsizlik gibi duygusal zorlanmalar ya da açlık, hastalık, madde yoksunluğu gibi fizyolojik zorlanmalar şeklinde çok çeşitli biçimlerde olabilir. ⁴⁵ Organizmanın strese verdiği yanıt homeostazisi sağlamaya yöneliktir. Kısa süreli veya hafif şiddetteki akut stres durumlarında organizma birtakım değişikliklerle durumu stabilize etmeyi başarır ancak kronik stres veya ağır şiddetteki stres doku ve organları uzun müddet katekolamin ve kortizole maruz bırakır; bu durum organizmada hastalık sürecine yatkınlık oluşturan bir sonuç doğurur. Stresli durumlara yanıt bir ucunda uyum, diğer ucunda hastalık olan bir spektrumsa; ağır ve kronik stres organizmanın yanıtını hastalık yönünde etkilemektedir. ^{45,73}

Stres karşısında organizma yeniden eski denge haline dönmeye çalışır ve yeme davranışı homeostazisi sağlamaya yönelik davranışlardan biridir. Stres karşısında alınan kalori miktarındaki değişikliğe bakılan bir çalışmada bireylerin %40'ında kalori miktarının arttığı, %40'ında kalori miktarının azaldığı ve %20'sinde ise kalori miktarının değişmediği kaydedilmiştir. ⁴⁵ Besin seçimi açısından stresin etkisine bakıldığında ise kronik yaşam stresinin yağ ve şeker oranı yüksek gıda seçimini arttırdığını söyleyen çalışmalar vardır. Uzunlamasına çalışmalar ise sonuç olarak kronik yaşam stresinin kilo kaybı ile ilişkili olabileceğini ve bu bağlantının erkeklerde daha belirgin olduğunu ifade etmektedir. ^{44,45,74}

DSÖ verilerine göre dünya genelinde ölümlerin neredeyse %80'i kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik akciğer hastalığı ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar

nedeniyle olmaktadır. DSÖ, bu hastalıkları; tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite olarak tanımladığı dört davranışsal risk faktörü üzerinden değerlendirmiştir ve bu riskli davranışları büyük ölçüde modern yaşamın sonucu olarak tanımlamıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmesinin bu hastalıklarla mücadelede önemine vurgu yapmıştır. ⁷⁵

Sağlığı korumak ve geliştirmek öncelikle bireyin sağlığa etki eden davranışları tanınması ve günlük hayatında sağlıklı davranışları bir yaşam biçimi haline getirmesiyle mümkündür. ^{76,77}

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında yeterince uyuma, sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz, tütün ve alkol kullanımının sınırlandırılması, gerekli durumlarda koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma ve sağlık bilgisinin artırılması sayılabilir. ⁷⁸

Beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın devamı için vücudun muhtaç olduğu biyoaktif maddelerin besinler yoluyla alınmasıdır. Sağlıklı beslenmenin temelinde organizmanın ihtiyaç duyduğu çeşitlilikte ve miktarda beslenme yatmaktadır. ⁷⁶ Yetersiz beslenme halk sağlığı açısından artmış bebek ölüm hızıyla ve çocuklarda büyüme gelişme gerilikleri, zekageriliği ile doğrudan ilişkili bulunmuştur. ⁷⁷ Sağlıklı beslenme; süt ve süt ürünleri, et-balık-tavuk-yumurta-baklagil grubu, tahıl ve ekmek grubu, meyve ve sebze grubu olarak sınıflandırılan temel besin gruplarından yaşa ve cinsiyete göre gereken miktarlarda besin tüketilmesiyle mümkündür. ⁷⁶

Beden kitle indeksi (BKİ); boya göre ideal kiloyu belirlemek için kullanılan pratik bir yöntemdir. Kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle kolaylıkla hesaplanmaktadır. Bu formüle göre BKİ'nin;

- <18,5 olması zayıf
- 18,5-24,99 arasında olması normal
- 25,0-29,99 arasında olması kilolu
- 30,0-34,99 arasında olması sınıf I obez
- 35,0-39,99 arasında olması sınıf II obez
- 40,0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak değerlendirilmektedir. ⁷⁹

Fiziksel aktivite; bireyin kilo kontrolü, kronik hastalıklardan korunması, ruh sağlığına ve üretkenliğe katkı sağlaması açısından önemlidir. Kardiyovasküler zindelik açısından kişinin geniş kas gruplarını maksimum kalp atım hızının %60-80'ine ulaşacak şekilde çalıştırması

uygundur. Günlük hayatta asansör yerine merdiven kullanımı, kısa mesafelerde araç kullanımı yerine yürüyüş, ev içinde daha aktif olma gibi, televizyon veya bilgisayar başında geçirilen srelerin sınırlandırılması gibi davranışlar bireyin sedanter hayattan uzaklaşması adına önemlidir.⁸⁰



VII. GEREÇ VE YÖNTEM

1. Örneklem Seçimi

Araştırma örneklemini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda metabolik sendrom ön tanısıyla/tanısıyla takipli, DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik tanı konulmayan, 18-65 yaş arasındaki 85 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esası üzerinden olmuştur. Her katılımcıya aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

Araştırmanın içleme kriterleri; 18-65 yaş arasında olmak, metabolik parametrelerde bozukluk olması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak şeklindedir.

Araştırmanın dışlama kriterleri; halen kilo aldırıcı etkisi belirgin olan ilaç (steroid, insülin, antipsikotik, lityum vs) kullanımının olması, yönergeleri anlamaya engel olacak derecede kognitif yetersizlik, genel tıbbi durumu bozan akut ya da kronik fiziksel bir hastalığın olması (nörolojik, neoplastik, endokrin ve immün bozukluklar, enfeksiyon, epilepsi ya da herhangi bir nörolojik hastalık vb.) olarak belirlenmiştir.

Her katılımcı ile yaklaşık 45-60 dakika süren yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmış, değerlendirme ölçekleri rastgele sıra ile katılımcılara uygulanmış ve görüşme sonunda hastanın tansiyon değeri ve bel çevresi ölçümü araştırmacı tarafından yapılmıştır. Metabolik sendrom tanı kriterleri içinde bulunan açlık kan şekeri, trigliserit ve HDL düzeyleri katılımcıların son 1 yıl içinde hastanemizde yapılmış kan tahlilleri dikkate alınarak veri formuna işlenmiştir.

2. Değerlendirme Ölçekleri

- **Sosyodemografik Veri Formu:** İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yeme Bozuklukları birimi tarafından geliştirilmiş ve halen kullanılmakta olan; yaş, cinsiyet, geçmiş tıbbi öykü, eğitim durumu, medeni durum gibi verileri içeren toplam 49 soru içeren sosyodemografik veri formu kullanılmıştır.

- **Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV):** DSM-5 tanımlarını koymak için hazırlanmış yarı yapılandırılmış klinik görüşme formudur. First ve arkadaşları tarafından 2015 yılında geliştirilmiştir. ⁸¹ 10 modülden oluşmaktadır; 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise sadece araştırmacı sorular yer almaktadır. Modüller psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir. ⁸² Bu yarı yapılandırılmış görüşme formu ağır bilişsel kusuru, ajitasyonu, ağır psikotik belirtileri olmayan; 18 yaş üstü tüm yetişkinlere uygulanabilir. Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ⁸³
- **Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ):** Fairburn ve Beglin tarafından Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Görüşmesi temel alınarak oluşturulan, DSM-IV'e göre yeme bozukluklarının ölçülmesini amaçlayan kendi bildirimli ölçek formudur. ⁸⁴ Ölçeğin dört adet alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçekler tıknırcasına yeme (13,14,15,16,17,18. sorular), kısıtlama (1,2,3,4,5. sorular), yeme ile ilgili endişeler (7,9,19,20,21. sorular), beden şekli ile ilgili endişeler (6,8,10,11,23,26,27,28. sorular) ve kilo endişeleridir (8,12,22,24,25. sorular). Belli bir alt ölçek puanı alt ölçek sorularının puanlarının toplanıp alt ölçekteki toplam soru sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Toplam puan için ise tüm alt ölçeklerin puanları toplanarak ve alt ölçek sayısına bölünür. YBDÖ'nün Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yücel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı YBDÖ'nün toplam puanı için $r = .91$ ve iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı ise 0.93 olarak tespit edilmiştir. ⁸⁵
- **Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ):** Son 12 ayda kişilerin yeme alışkanlıklarını sorgulayan bir öz bildirim ölçeğidir. Gearhardt ve arkadaşları tarafından DSM-IV'teki madde bağımlılığı kriterleri baz alınarak 2009 yılında geliştirilmiştir. ^{86,87} Madde bağımlılığında kullanılan maddenin çoğunlukla planlandığından daha fazla ve daha uzun süre alınması, maddeyi sürekli azaltma isteği ve maddeyi kesmek için başarısız girişimlerin bulunması, maddeyi elde etme veya etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcanması, bu doğrultuda yaşamdaki önemli aktivitelerin sona ermesi veya azaltılması, mevcut problemlere rağmen madde kullanımının sürdürülmesi, maddeye karşı tolerans gelişmesi, madde kullanılmadığında yoksunluk bulguları görülmesi şeklindeki 7 maddeden oluşan bağımlılık kriterleri yeme bağımlılığı çerçevesinde düzenlenmiştir.

Ölçek toplam 25 maddeden oluşmaktadır. İlk 16 soru likert tipi, belirli yiyeceklerin tüketim sıklığını ve yeme davranışı özelliklerini sorgulayan sorulardır. ⁸⁸ 17-24. sorular evet-hayır yanıtı sorulardır. Son iki soru aşırı tüketilen besin maddelerini sorgulayan puanlama dışı sorulardır. Puanlamada tanımlayıcı ve semptom sayımı şeklinde iki yöntem bulunmaktadır. Tanımlayıcı puanlama yönteminde yeme bağımlılığı tanısının olup olmadığı söylemek için kişinin son bir yılda yeme bağımlılığı kriterlerinin üç ya da daha fazlasını karşılayıp karşılamadığına bakılır ve tanı için beraberinde klinik olarak önemli bir bozulma ya da rahatsızlığın olması beklenir. ⁸⁹ Semptom sayımı puanlama yönteminde ise kişide bağımlılık semptomlarından kaçının olduğuna bakılıp toplam bir puan elde edilir.

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

Soruların kesme puanları;

- 19, 20, 21, 22 soruları için 0 yanıtı (0) puan, 1 yanıtı (1) puan,
- 24. soru için 0 yanıtı (1) puan, 1 yanıtı (0) puan,
- 8, 10, 11. sorular için 0 veya 1 yanıtı (0) puan; 2-4 arası yanıtlar (1) puan,
- 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15 ve 16. sorular için 0-2 arası yanıtları (0) puan, 3-4 yanıtları (1) puan,
- 1, 2, 4, 6. Sorular için 0-3 arası yanıtları (0) puan, 4 yanıtı (1) puan,
- 25. soruda 4 ve altı yanıtları (0) puan, 5 yanıtı (1) puan almaktadır
- 17, 18, 23 diğer sorular için birincil olan sorular olmalarına rağmen puanlanmazlar.

Kesme puanları hesaplandıktan sonra her kriter için toplam puanlar hesaplanmalıdır. Eğer kriter puanı ≥ 1 ise kriter karşılanıyordur ve 1 puan olarak puanlanır; eğer kriter puanı 0 ise kriter karşılanmıyordur, 0 puan olarak puanlanır.

Semptom sayımı yapan puanlama yöntemi tanı koydurmaz ama belirtilerin şiddetini ölçer. Bu yöntemde her tanı kriteri için toplam puanlar hesaplanır. 15 ve 16. Soruları kapsayan 8. kriter yani klinik önem maddesi bu puanlamada dikkate alınmaz. Burada puan 7 kriter üzerinden olduğu için 0-7 arasında olmalıdır.

Dikotomik puanlama yönteminde ise klinik anlamlılık 15 ya da 16. maddelerden birinin (1) puan olması mutlak şarttır ve semptom skorunun ≥ 3 olması gerekmektedir. Bu ikisinden biri 0 (sıfır) olursa tanı yoktur ya da tanı karşılanmaz denir.⁸⁷⁻⁹⁰

Ölçeğin ülkemizde Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirliği 2012 yılında Bayraktar ve arkadaşları tarafından yapılmış, Cronbach Alpha değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir.⁹¹ Bariatrik cerrahi hastalarında geçerlilik güvenilirliği ise Sevinçer ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Ölçeğin bu popülasyonda iç tutarlılığı KR-20=0.822 ve Cronbach Alpha 0.859 olarak hesaplanmıştır.⁹²

- **Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi (HYAA):** Ölçek Van Strien ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir. Toplam 33 madde ve duygusal yeme davranışı, dışsal yeme davranışları ve kısıtlanmış yeme davranışını değerlendiren 3 alt faktörden oluşmaktadır. 5’li likert yapıdadır.⁹³ Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2009 yılında Bozan tarafından yapılmış olup tüm ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir.⁹⁴ 1-10 arası sorular kısıtlayıcı yeme davranışını, 11-23 arası sorular duygusal yeme davranışını ve 24-33 arası sorular dışsal yeme davranışını araştırmaktadır.⁹³
- **Yaşam Değişimleri Anketi (YDA):** Ölçek ilk olarak 1978 yılında Sarason ve arkadaşları tarafından, Holmes ve Rahe’nin 1967 yılında geliştirdiği Sosyal Uyum Anketi’ndeki maddeler kullanılarak geliştirilmiştir. Toplam 57 maddeden oluşmaktadır. İlk 47 soru evlilik ve aile hayatı ile ilgili, kalan 10 soru öğrencilere yönelik yaşam olaylarını içeren sorulardır. Kişilere son 1 yılda yaşadığı bazı yaşam olaylarının kendilerini ruhsal açıdan nasıl etkilediğini (-3) ve (+3) arasında bir değerle, 7’li likert tipte puanlaması ve olayın olduğu zaman sorulmaktadır. “Negatif değişim puanı” eksi değerlerin toplamıyla, “pozitif değişim puanı” ise artı değerlerin

toplamıyla elde edilir. Sonunda testin “toplam değişim puanını” negatif ve pozitif değişim puanının toplamı belirler. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması üniversite öğrencilerinde yapılmış olup test-tekrar test için güvenirlik katsayıları, pozitif olaylar için .19 ile .53; negatif olaylar için .56 ile .88; toplam puan için ise .63 ile .64 arasında değişkenlik göstermektedir. ⁹⁵⁻⁹⁷

- **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II):** Ölçek ilk olarak 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında Walker ve arkadaşları tarafında geliştirilerek SYBDÖ-II olarak isimlendirilmiştir. ^{98,99} Ölçek toplam 52 madde ve 6 faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Bu çalışmada ölçeğin yalnızca sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçekleri kullanılmıştır. Ölçek 4'lü likert tiptedir, tüm maddeleri olumludur. Ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha düzeyleri sağlık sorumluluğu alt ölçeği için 0.77, fiziksel aktivite alt ölçeği için 0.79, stres yönetimi alt ölçeği için 0.64 olarak hesaplanmıştır. ¹⁰⁰

3. Veri Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. İkili gruplar karşılaştırılırken kategorik değişkenler için Ki-kare Testi, sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterenleri için Bağımsız Örneklem t Testi, normal dağılım göstermeyenleri için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişki analizi normal dağılım gösterenlerde Pearson Bağlantı analizi ile, normal dağılım göstermeyenler Spearman Bağlantı analizi ile çalışılmıştır. Bağlantı testlerinde anlamlı bağlantı saptanan alt ölçek puanları Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için p değeri ($p < 0,05$) olarak kabul edilmiştir.

VIII. BULGULAR

1. Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Örneklem toplamda 85 kişiden oluşmaktadır. 49 kişi bel çevresi genişliği yanı sıra metabolik sendrom kriterlerinden 3 veya daha fazlasını karşılayarak metabolik sendrom tanısı almaktadır. Geri kalan 36 kişi ise bel çevresi genişliği kriterini sağlamaktadır ancak eşlik eden kriter sayısı 3'ün altında kalmaktadır; bu grup metabolik sendrom tanısı konulmayan ancak metabolik parametrelerde sağlıklı bireylere göre bozulma gözlenen, metabolik sendrom açısından yüksek riskli veya eşik altı belirti grubu olarak değerlendirilmiştir. Veri analizlerinde bu iki grup metabolik sendrom tanısı konulan ve konulmayan grup olarak adlandırılıp karşılaştırılmıştır.

MetS tanısı konulan ve konulmayan grupların yaş değerleri normal dağılım göstermediği için Man Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Yaş ortalaması MetS tanısı konulan grupta 42.7 (SS±12.03), MetS tanısı konulmayan grupta 37.6 (SS±8.82) olarak hesaplanmıştır. İki grup arasındaki yaş farkı ($p=0.020$) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Bkz. Tablo 5)

MetS tanısı konulan ve konulmayan grupların cinsiyet ($df=1$, $t=1.165$, $p=0.107$), medeni durum ($df=1$, $t=0.681$, $p=0.492$), eğitim durumu ($df=4$, $t=1.910$, $p=0.271$), çalışma durumu ($df=3$, $t=0.242$, $p=0.542$) ve aile öyküsü ($df=1$, $t=1.565$, $p=0.118$) açısından karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare Testi kullanılmış ve anlamlı fark bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 5)

Tablo 5. Sosyodemografik Verilerin İki Grup Arasında Karşılaştırılması

		MetS Var (n:49)	MetS Yok (n:36)	t*/Z** değeri	p değeri
Yaş		Ortalama±SS 42.7±12.03 (n:49)	Ortalama±SS 37.6±8.82 (n:36)	-2.323**	0.020†
Cinsiyet	Kadın	n: 27 (%55.1)	n: 26 (%27.8)	1.165*	0.107
	Erkek	n: 22 (%44.9)	n: 10 (%72.2)		
Medeni Durum	Evli	n: 41 (%83.7)	n: 28 (%77.8)	0.681*	0.492
	Bekar	n: 8 (%16.3)	n: 8 (%22.2)		
Eğitim Durumu	İlköğretim	n: 22 (%44.9)	n: 9 (%25)	1.910*	0.271
	Lise	N: 14 (%28.6)	n: 11 (%30.6)		
	Üniversite	n: 7 (%14.3)	n: 11 (%30.6)		
	Yüksek Lisans	n: 4 (%8.2)	n: 4 (%11.1)		
	Doktora	n: 2 (%4.1)	n: 1 (%2.8)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n: 30 (%61.2)	n: 21 (%58.3)	0.242*	0.542
	Hastalık Nedeniyle Çalışmıyor	n: 1 (%2)	n: 0 (%0)		
	Öğrenci	n: 3 (%6.1)	n: 5 (%13.9)		
	Ev Hanımı	n: 15 (%30.6)	n: 10 (%27.8)		
Aile Öyküsü	Var	n: 46 (%93.9)	n: 30 (%83.3)	1.565*	0.118
	Yok	n: 3 (%6.1)	n: 6 (16.7)		

*Pearson Ki kare testi uygulandı. **Man Whitney U testi uygulandı. SS; Standart Sapma, n: Örneklemdeki Kişi Sayısı, MetS: Metabolik Sendrom. †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi.

Her iki gruba ait metabolik verilerin analizi Tablo 6’da gösterilmiştir. İki grup metabolik parametreler açısından analiz edilirken Bağımsız Örneklem t Testi kullanılmıştır. BKİ (df=83, t= 2.826, p=0.006), bel çevresi (df=83, t=2.885, p=0.005), kilo (df=83, t=3.560, p=0.001), AKŞ (df=71.119, t=2.691, p=0.009), sistolik TA (df=74.677, t=4.991, p=0.000), diyastolik TA (df=81.432, t=4.274, p=0.000), HDL düzeyi (df=64.382, t=-2.870, p=0.006), TG düzeyi (df=83, t:1.996, p=0.049) ve erişkin çağda bulundukları en yüksek kilo değeri (df=83, t=4.240, p=0.000) açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Boy uzunluğu (df=83, t=1.485, p=0.141) ve erişkin çağında bulundukları en düşük kilo değeri (df=83, t=1.578, p=0.118) açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 6)

Tablo 6. Metabolik Parametrelerin İki Grup Arasında Karşılaştırılması

	MetS Var (n:49) Ortalama±SS	MetS Yok (n:36) Ortalama±SS	t değeri*	p değeri
BKİ	38.40±7.7	34.07±5.7	2.826	0.006†
Bel Çevresi	115.5±11.9	107.5±13.6	2.885	0.005†
Boy	167.7±11.2	164.3±9.6	1.485	0.141
Kilo	107.1±18.9	92.4±18.8	3.560	0.001†
AKŞ	130.6±72.1	99.2±18.8	2.691	0.009†
Sistolik TA	132.3±18.2	117.2±9.2	4.991	0.000†
Diastolik TA	89.8±11.8	80.8±7.5	4.274	0.000†
HDL	40.2±14.3	50.7±18.2	-2.870	0.006†
TG	227.2±334.6	115.4±29.3	1.996	0.049†
En Yüksek Kilo	115.8±19.5	98.1±18.2	4.240	0.000†
En Düşük Kilo	68.7±14.1	63.9±13.3	1.578	0.118

*Bağımsız örneklem t testi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi. SS: Standart Sapma n: Örneklemdeki Kişi Sayısı

BKİ: Beden Kitle İndeksi, AKŞ: Açlık Kan Şekeri, TA: Tansiyon Arteriyel, HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein, TG: Trigliserit

Katılımcıların yaşam boyu kilo değerleri doğum, çocukluk ve ergenlik kilosu olarak sorgulanmıştır. Buna göre MetS tanısı konulan 49 kişilik gruptaki bireylerin 7'si doğum kilolarının yüksek olduğunu bildirirken, bu sayı çocukluk çağına kilolu olduğunu belirten 12 kişiye ve ergenlik çağına kilolu olduğunu belirten 25 kişiye yükselmiştir. Man Whitney U testi ile iki grup arasındaki yaşam boyu kilo değerleri analiz edilmiş; doğum kilosu (Z=-.052, p=.959), çocukluk kilosu (Z=-.054, p=.957), ergenlik kilosu (Z=-1.876, p=.061) açısından iki grup arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. (Bkz. Tablo 7)

Tablo 7. Yaşam Boyu Kilo Değerlerinin İki Grup Arasında Karşılaştırılması

		Doğum Kilosu		Çocukluk Kilosu		Ergenlik Kilosu	
		Normal	Yüksek	Normal	Yüksek	Normal	Yüksek
MetS	Var	n: 42	n: 7	n: 37	n: 12	n: 24	n: 25
Tanısı	Yok	n: 31	n: 5	n: 27	n: 9	n: 25	n: 11
Z değeri*		-.052		-.054		-1.876	
p değeri		.959		.957		.061	

*Man Whitney U testi uygulandı. n: Örneklemdeki Kişi Sayısı †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi.

Alkol, sigara, madde, çay, kahve ve sakız tüketimleri ve tüketim miktarları demografik veri formunda sorgulanmıştır. İki grup bu tüketim miktarları açısından Bağımsız Örneklem t Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre kahve kullanım miktarında (df=83, t=-2.768, p=0.007) anlamlı fark gözlenmiştir; alkol (df=83, t=0.428, p=0.670), sigara (df=83, t=1.622, p=0.109), çay (df=67.984, t=1.200, p=0.234) ve sakız (df=83, t=-0.035, p=0.972) kullanım miktarında anlamlı fark saptanmamıştır. (Bkz. Tablo 8)

Tablo 8. Alkol, Sigara, Çay, Kahve, Sakız Tüketim Miktarlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

	MetS Var (n:49) Ortalama±SS	MetS Yok (n:36) Ortalama±SS	t değeri*	p değeri
Alkol (kutu-şişe/ay)	1.44±3.71	1.11±3.42	0.428	0.670
Sigara (paket/yıl)	12.05±3.42	6.75±13.30	1.622	0.109
Çay (bardak/gün)	8.24±8.57	6.61±3.55	1.200	0.234
Kahve (bardak/gün)	0.81±1.28	1.91±2.34	-2.768	0.007†
Sakız (adet/gün)	0.32±0.96	0.33±0.75	-0.035	0.972

*Bağımsız örneklem t testi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi. SS: Standart Sapma n: Örneklemdeki Kişi Sayısı

MetS: Metabolik Sendrom

2. Klinik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

YBDÖ ile tıknırcasına yeme davranışı, kısıtlama davranışı, yemekle ilgili endişeler, bedenle ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler ölçülmüştür. Normal dağılım gösteren YBDÖ TY ve YBDÖ kilo endişesi puanlarının analizinde Bağımsız Örneklem t Testi kullanılmıştır. Diğer YBDÖ puanları normal dağılım göstermediği için analizde Man Whitney U Testi kullanılmıştır. Ölçek toplam puanı, alt ölçek puanları, standart sapma değerleri ve anlamlılık düzeyini gösteren p değerleri Tablo 7’de gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre MetS tanısı konulan grupla MetS tanısı konulmayan grup arasında YBDÖ Kısıtlama alt ölçeği (Z=-2,067, p=0.039), YBDÖ Yeme Endişesi alt ölçeği (Z=-2.023, p=0.043), YBDÖ Beden Endişesi alt ölçeği (Z=-2,444, p=0.015), YBDÖ Kilo Endişesi alt ölçeği (df=83, t=2.615, p=0.011) ve YBDÖ toplam puanları (Z=-2.255, p=0.024) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu iki grubun YBDÖ TY puanları (df=83, t=1.223, p=0.225) arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 9)

Tablo 9. YBDÖ Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

	MetS Var (n:49) Ortalama±SS	MetS Yok (n:36) Ortalama±SS	t*/Z **değeri	p değeri
YBDÖ TY	1.501±1.97	1.046±1.21	1.223*	0.225
YBDÖ Kısıtlama	2.514±1.61	1.834±1.56	-2.067**	0.039†
YBDÖ Yeme Endişesi	1.359±1.25	0.925±1.04	-2.023**	0.043†
YBDÖ Beden Endişesi	3.347±1.48	2.440±1.84	-2.444**	0.015†
YBDÖ Kilo Endişesi	3.028±1.52	2.166±1.46	2.615*	0.011†
YBDÖ Toplam Puan	2.325±1.101	1.738±1.12	-2.255**	0.024†

*Bağımsız örneklem t testi uygulandı. **Man Whitney U testi uygulandı. SS: Standart Sapma n: Örneklemdeki Kişi Sayısı †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi. YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, TY: Tıkınırcasına Yeme

HYAA ile bozuk yeme davranışları kısıtlama davranışı, duygusal yeme davranışı ve dışsal yeme davranışı olarak üç alt başlıkta incelenmiştir. HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı alt ölçek puanları normal dağılım gösterdiği için Bağımsız Örneklem t Testi ile, HYAA Duygusal Yeme Davranışı ve HYAA Dışsal Yeme Davranışı alt ölçek puanları normal dağılıma uymadığı için Man Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Ölçek puanlarının ortalama değerleri, standart sapmaları ve p değerleri Tablo 8’de gösterilmiştir. Yapılan testler sonucunda MetS tanısı ile HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı (df=83, t=1.828, p=0.071), HYAA Duygusal Yeme Davranışı (Z=-1.497, p=0.134) ve HYAA Dışsal Yeme Davranışı (Z=-1.447, p=0.148) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. (Bkz. Tablo 10)

Tablo 10. HYAA Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

	MetS Var (n:49) Ortalama±SS	MetS Yok (n:36) Ortalama±SS	t*/Z** değeri	p değeri
HYAA Kısıtlayıcı Yeme	28.73±8.87	25.47±6.99	1.828*	0.071
HYAA Duygusal Yeme	26.27±12.89	21.97±9.90	-1.497**	0.134
HYAA Dışsal Yeme	27.53±7.56	25.33±7.12	-1.447**	0.148

*Bağımsız örneklem t testi uygulandı. **Man Whitney U testi uygulandı. SS: Standart Sapma, n: Örneklemdeki Kişi Sayısı, İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi. HYAA: Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi

YYBÖ puanları Pearson Ki-kare Testi ile analiz edildiğinde MetS tanısı konulan grupla tanı konulmayan grup arasında YB tanısı açısından (df=1, t=-0.065, p=0.947) anlamlı fark saptanmamıştır. YYBÖ semptom sayımı puanları iki grup arasında Man Whitney U Testi ile analiz edilmiştir, (Z=-0.622, p=0.534) anlamlı fark bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 11)

Tablo 11. YYBÖ Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

		MetS Var (n:49)	MetS Yok (n:36)	t*/Z **değeri	p değeri
YYBÖ Tanımlayıcı	YB Var	n:16 (%32.7)	n:12 (%33.3)	-0.065*	0.947
	YB Yok	n:33 (%67.3)	n:24 (%66.7)		
YYBÖ Semptom Sayımı		Ortalama±SS 3.39±1.11	Ortalama±SS 3.25±1.25	-0.622**	0.534

*Pearson Ki Kare Testi uygulandı. **Man Whitney U testi uygulandı. SS: Standart Sapma, n: Örneklemdeki Kişi Sayısı, İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi. YYBÖ: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, MetS: Metabolik Sendrom

YDA puanları pozitif değişim puanı (Z=-0.604, p=0.546), negatif değişim puanı (Z=-0.493, p=0.622) ve toplam değişim puanı (Z=-0.450, p=0.653) olarak üç kategoride MetS tanısı konulan ve konulmayan iki grup arasından Man Whitney U Testi ile analiz edildi, anlamlı fark gözlenmedi. (Bkz. Tablo. 12)

Tablo 12. YDA Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

	MetS Var (n:49) Ortalama±SS	MetS Yok (n:36) Ortalama±SS	Z değeri*	p değeri
YDA Pozitif	3.86±3.25	3.31±2.78	-0.604*	0.546
YDA Negatif	-3.78±3.79	-3.42±3.68	-0.493*	0.622
YDA Toplam	0.08±4.20	-0.11±3.86	-0.450*	0.653

*Man Whitney U testi uygulandı. SS: Standart Sapma, n: Örneklemdeki Kişi Sayısı, İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi.

YDA: Yaşam Değişimleri Anketi, MetS: Metabolik Sendrom

SYBDII-Modifiye Form alt ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırması sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt ölçekleri için Man Whitney U Testi ile; stres yönetimi alt ölçeği için Bağımsız Örneklem t Testi ile uygulanmıştır. Gruplar arasında sağlık sorumluluğu (Z=-0.027, p=0.979), fiziksel aktivite (Z=-0.202, p=0.840) ve stres yönetimi (df=83, t=-0.205, p=0.838) için anlamlı fark bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 13)

Tablo13. SYBD-II Modifiye Form Alt Ölçek Puanlarının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

	MetS Var (n:49) Ortalama±SS	MetS Yok (n:36) Ortalama±SS	t*/Z** değeri	p değeri
SYBD Sağlık Sorumluluğu	18.16±5.18	18.17±5.09	-0.027**	0.979
SYBD Fiziksel Aktivite	12.65±4.39	12.28±4.01	-0.202**	0.840
SYBD Stres Yönetimi	19.04±4.69	19.25±4.60	-0.205*	0.838

*Bağımsız Örneklem t Testi uygulandı. **Man Whitney U Testi uygulandı. SS: Standart Sapma, n: Örneklemdeki Kişi Sayısı, İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi. SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketi II-Modifiye Form, MetS: Metabolik Sendrom

Gece yemek yeme alışkanlığı olup olmaması açısından MetS tanısı konulan ve konulmayan grup Pearson Ki-kare Testi ile değerlendirilmiş; MetS tanısı konulan grupta gece yeme alışkanlığının anlamlı düzeyde (df=1, t=3.002, p=0.004) yüksek olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 14)

Tablo 14. Gece Yeme Alışkanlığının İki Grup Arasında Karşılaştırılması

		MetS Var (n:49)	MetS Yok (n:36)	t değeri*	p değeri
Gece	Var	n:10 (%20.4)	n:0 (%0.0)	3.002	0.004†
Yeme	Yok	n:39 (%79.6)	n:36 (%100.0)		

*Pearson Ki-kare Testi uygulandı. n: Örneklemdeki Kişi Sayısı, †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi. MetS: Metabolik Sendrom

3. Metabolik Veriler İle Ölçek Puanlarının İlişkisi

Metabolik verilerin klinik ölçek puanlarıyla ilişkisi analiz edilmiştir. Analiz sırasında normal dağılım gösterenler Pearson Bağlantı Analizi ile, normal dağılım göstermeyenler Spearman Bağlantı Analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm gruba bakıldığında BKİ değeri ile YBDÖ Yeme Endişesi ($R=0.234$, $p=0.031$), YBDÖ Beden Endişesi ($R=0.421$, $p=0.000$), YBDÖ Kilo Endişesi ($R=0.415$, $p=0.000$), YBDÖ Toplam Puan ($R=0.225$, $p=0.038$) arasında pozitif yönde, istatistiksel anlamlılık gösteren bağlantı tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 15)

Metabolik verilerin diğer klinik ölçek puanları ile ilişkisi analiz edildiğinde BKİ değerinin HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı alt ölçek puanı ($R=-0.223$, $p=0.040$) ve SYBD-II Fiziksel Aktivite alt ölçek puanı ($R=-0.322$, $p=0.003$) ile negatif yönde; boy uzunluğunun HYAA Duygusal Yeme Davranışı alt ölçek puanı ($R=0.248$, $p=0.022$) ve SYBD-II Fiziksel Aktivite alt ölçek puanı ($R=0.219$, $p=0.044$) ile pozitif yönde; kilo değeri ile HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı alt ölçek puanı ($R=-0.240$, $p=0.027$) ve SYBD-II Fiziksel Aktivite alt ölçek puanı ($R=-0.223$, $p=0.040$) ile negatif yönde; AKŞ düzeyinin SYBD-II Stres Yönetimi alt ölçek puanı ($R=0.231$, $p=0.033$) ile pozitif yönde; HDL değerinin HYAA Duygusal Yeme Davranışı alt ölçek puanı ($R=-0.253$, $p=0.019$) ile negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gösterdikleri bulunmuştur. Yapılan analizlerde bel çevresi ve TG düzeyinin klinik ölçek puanlarıyla ilişkisi gösterilememiştir. (Bkz. Tablo 16)

Tablo 15. Tüm Grupta Metabolik Verilerin YBDÖ Puanları İle Bağntı Analizi

		YBDÖ TY*	YBDÖ Kısıtlama**	YBDÖ Yeme Endişesi**	YBDÖ Beden Endişesi**	YBDÖ Kilo Endişesi*	YBDÖ Toplam Puan**
BKİ	R	-0.108	0.024	0.234	0.421	0.415	0.225
	p	0.326	0.830	0.031†	0.000††	0.000††	0.038†
	n	85	85	85	85	85	85
Bel Çevresi	R	0.113	0.100	0.174	0.403	0.355	0.245
	p	0.301	0.360	0.112	0.000††	0.001††	0.024†
	n	85	85	85	85	85	85
Boy Uzunluğu	R	0.341	-0.184	-0.127	-0.263	-0.114	-0.144
	p	0.001††	0.093	0.245	0.015†	0.299	0.189
	n	85	85	85	85	85	85
Kilo	R	0.120	-0.111	0.122	0.226	0.322	0.092
	p	0.275	0.312	0.267	0.038†	0.003††	0.404
	n	85	85	85	85	85	85
AKŞ	R	0.031	0.365	0.030	0.197	-0.019	0.166
	p	0.775	0.001††	0.785	0.071	0.863	0.128
	n	85	85	85	85	85	85
TG	R	0.005	0.118	0.090	0.188	0.125	0.087
	p	0.963	0.282	0.413	0.085	0.255	0.427
	n	85	85	85	85	85	85
HDL	R	0.089	-0.103	-0.060	-0.188	-0.175	-0.061
	p	0.417	0.347	0.584	0.084	0.109	0.579
	n	85	85	85	85	85	85

*Pearson Bağntı Analizi uygulandı. **Spearman Bağntı Analizi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi.

††İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.01 olarak belirlendi. YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, TY: Tıkınırcasına Yeme BKİ:

Beden Kitle İndeksi, AKŞ: Açlık Kan Şekeri, TA: Tansiyon Arteriyel, HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein, TG: Trigliserit

Tablo 16. Tüm Grupta Metabolik Verilerin YYBÖ, HYAA ve SYBD-II Puanları İle Bağntı Analizi

		YYBÖ Semptom Sayımı**	HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı*	HYAA Duygusal Yeme Davranışı**	HYAA Dışsal Yeme Davranışı**	SYBD-II Sağlık Sorumluluğu**	SYBD-II Fiziksel Aktivite**	SYBD-II Stres Yönetimi*
BKİ	R	0.188	-0.223	0.207	0.011	0.088	-0.322	0.028
	p	0.085	0.040†	0.057	0.921	0.424	0.003††	0.802
	n	85	85	85	85	85	85	85
Bel Çevresi	R	0.116	-0.206	0.113	-0.005	0.083	-0.190	-0.002
	p	0.292	0.059	0.302	0.965	0.448	0.081	0.982
	n	85	85	85	85	85	85	85
Boy Uzunluğu	R	-0.119	0.001	0.248	0.054	-0.207	0.219	-0.066
	p	0.277	0.992	0.022†	0.625	0.057	0.044†	0.546
	n	85	85	85	85	85	85	85
Kilo	R	0.085	-0.240	0.227	0.047	-0.062	-0.223	-0.027
	p	0.441	0.027†	0.037†	0.666	0.576	0.040†	0.805
	n	85	85	85	85	85	85	85
AKŞ	R	0.129	0.149	-0.137	-0.080	0.152	0.010	0.231
	p	0.241	0.172	0.212	0.469	0.164	0.926	0.033†
	n	85	85	85	85	85	85	85
TG	R	0.102	-0.126	0.057	-0.084	-0.149	-0.066	-0.127
	p	0.351	0.249	0.607	0.443	0.173	0.548	0.246
	n	85	85	85	85	85	85	85
HDL	R	-0.139	0.070	-0.253	0.033	-0.053	0.039	-0.086
	p	0.204	0.522	0.019†	0.765	0.633	0.723	0.433
	n	85	85	85	85	85	85	85

*Pearson Bağntı Analizi uygulandı. **Spearman Bağntı Analizi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi.

††İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.01 olarak belirlendi. HYAA: Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi YYBÖ: Yale Yeme Bağntılılığı Ölçeği

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketi II-Modifiye Form, BKİ: Beden Kitle İndeksi, AKŞ: Açlık Kan Şekeri, TA: Tansiyon Arteriyel, HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein, TG: Trigliserit

Tüm grupta alkol, sigara, çay, kahve ve sakız tüketim miktarlarının YBDÖ ölçek puanları ile bağıntı analizi yapıldığında istatistiksel anlamlılık gösteren sonuç elde edilememiştir. (Bkz. Tablo 17) MetS tanısı konulan grupta alkol, sigara, çay, kahve ve sakız tüketim miktarlarının YBDÖ puanları ile bağıntı analizi yapıldığında kahve tüketim miktarı ($R=0.400$, $p=0.004$) ve YBDÖ TY puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde bağıntı saptanmıştır; alkol, sigara, çay, sakız tüketimi ve YBDÖ puanları arasında anlamlı bağıntı elde edilememiştir. (Bkz. Tablo 18) MetS tanısı konulmayan grupta sigara tüketim miktarı ($R=0.335$, $p=0.046$) ile YBDÖ Yeme Endişesi puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bağıntı saptanmıştır; alkol, çay, kahve, sakız tüketim miktarıyla diğer YBDÖ puanları arasında anlamlı bağıntı tespit edilmemiştir. (Bkz. Tablo 19)

Tablo 17. Tüm Grupta Alkol, Sigara, Çay, Kahve ve Sakız Tüketiminin YBDÖ Puanları İle Bağıntı Analizi

		YBDÖ TY*	YBDÖ Kısıtlama**	YBDÖ Yeme Endişesi**	YBDÖ Beden Endişesi**	YBDÖ Kilo Endişesi*	YBDÖ Toplam Puan**
Alkol	R	-0.066	-0.011	-0.062	-0.138	0.010	-0.107
	p	0.550	0.919	0.574	0.207	0.930	0.330
	n	85	85	85	85	85	85
Sigara	R	0.024	0.128	-0.015	-0.078	-0.110	0.025
	p	0.827	0.244	0.893	0.478	0.316	0.818
	n	85	85	85	85	85	85
Çay	R	-0.133	0.125	0.212	0.101	0.004	0.129
	p	0.225	0.255	0.051	0.358	0.971	0.238
	n	85	85	85	85	85	85
Kahve	R	0.149	-0.173	-0.076	-0.031	-0.076	-0.004
	p	0.173	0.113	0.488	0.777	0.488	0.969
	n	85	85	85	85	85	85
Sakız	R	-0.120	-0.044	0.095	0.040	0.032	-0.010
	p	0.274	0.687	0.387	0.718	0.774	0.924
	n	85	85	85	85	85	85

*Pearson Bağıntı Analizi uygulandı. **Spearman Bağıntı Analizi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak belirlendi.

††İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.01$ olarak belirlendi. YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, TY: Tıkınırcasına Yeme

Tablo 18. MetS Tanısı konulan Grupta Alkol, Sigara, Çay, Kahve ve Sakız Tüketiminin YBDÖ Puanları İle Bağını Analizi

		YBDÖ TY*	YBDÖ Kısıtlama**	YBDÖ Yeme Endişesi**	YBDÖ Beden Endişesi**	YBDÖ Kilo Endişesi*	YBDÖ Toplam Puan**
Alkol	R	-0.097	-0.009	-0.248	-0.186	-0.103	-0.243
	p	.0506	0.954	0.086	0.200	0.481	0.093
	n	49	49	49	49	49	49
Sigara	R	0.054	0.173	-0.279	-0.105	-0.186	-0.061
	p	0.711	0.235	0.052	0.474	0.201	0.678
	n	49	49	49	49	49	49
Çay	R	-0.224	0.197	0.222	0.065	-0.122	0.067
	p	0.122	0.175	0.125	0.658	0.404	0.646
	n	49	49	49	49	49	49
Kahve	R	0.400	-0.222	-0.047	-0.091	-0.125	-0.080
	p	0.004††	0.126	0.748	0.536	0.393	0.587
	n	49	49	49	49	49	49
Sakız	R	-0.214	-0.059	0.024	0.127	0.095	-0.042
	p	0.139	0.687	0.869	0.386	0.514	0.773
	n	49	49	49	49	49	49

*Pearson Bağını Analizi uygulandı. **Spearman Bağını Analizi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi.

††İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.01 olarak belirlendi. YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, TY: Tıkınırcasına Yeme

Tablo 19. MetS Tanısı konulmayan Grupta Alkol, Sigara, Çay, Kahve ve Sakız Tüketiminin YBDÖ Puanları İle Bağntı Analizi

		YBDÖ TY*	YBDÖ Kısıtlama**	YBDÖ Yeme Endişesi**	YBDÖ Beden Endişesi**	YBDÖ Kilo Endişesi*	YBDÖ Toplam Puan**
Alkol	R	-0.017	-0.087	0.127	-0.146	0.151	0.016
	p	0.920	0.615	0.462	0.397	0.381	0.925
	n	36	36	36	36	36	36
Sigara	R	-0.142	0.079	0.335	-0.154	-0.137	0.116
	p	0.409	0.646	0.046†	0.370	0.424	0.502
	n	36	36	36	36	36	36
Çay	R	0.231	0.091	0.323	0.234	0.279	0.331
	p	0.175	0.596	0.055	0.170	0.100	0.048
	n	36	36	36	36	36	36
Kahve	R	0.018	0.051	0.056	0.290	0.105	0.289
	p	0.917	0.767	0.747	0.087	0.541	0.087
	n	36	36	36	36	36	36
Sakız	R	0.143	0.063	0.280	0.048	-0.077	0.080
	p	0.404	0.717	0.099	0.783	0.654	0.643
	n	36	36	36	36	36	36

*Pearson Bağntı Analizi uygulandı. **Spearman Bağntı Analizi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi.

††İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.01 olarak belirlendi. YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, TY: Tıkınırcasına Yeme

Karşılanan MetS tanı kriteri sayısı ile YBDÖ ölçek puanlarının bağntı analizinde YBDÖ Kısıtlama alt ölçeği (R=0.282, p=0.009), YBDÖ Beden Endişesi alt ölçeği (R=0.301, p=0.005), YBDÖ Kilo Endişesi alt ölçeği (R=0.246, p=0.023) ve YBDÖ Toplam puanları (R=0.232, p=0.032) ile kriter sayısı arasında pozitif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bağntı tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 20)

Tablo 20. Karşılanan MetS Tanı Kriteri Sayısı İle YBDÖ Puanlarının Bağntı Analizi

		YBDÖ TY*	YBDÖ Kısıtlama**	YBDÖ Yeme Endişesi**	YBDÖ Beden Endişesi**	YBDÖ Kilo Endişesi*	YBDÖ Toplam Puan**
MetS Kr	R	0.125	0.282	0.124	0.301	0.246	0.232
	p	0.253	0.009††	0.257	0.005††	0.023†	0.032†
	n	85	85	85	85	85	85

*Pearson Bağntı Analizi uygulandı. **Spearman Bağntı Analizi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak belirlendi.

††İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.01 olarak belirlendi. YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, TY: Tıkınırcasına Yeme MetS Metabolik Sendrom, Kr: Kriter Sayısı

Tüm grupta klinik ölçek puanlarının bağıntı analizi yapıldığında MetS tanısıyla YBDÖ Kısıtlama alt ölçek puanları ($R=0.226$, $p=0.038$), YBDÖ Yeme Endişesi alt ölçek puanları ($R=0.221$, $p=0.042$), YBDÖ Beden Endişesi alt ölçek puanları ($R=0.267$, $p=0.014$), YBDÖ Kilo Endişesi alt ölçek puanları ($R=0.263$, $p=0.015$), Gece Yeme ($R=0.313$, $p=0.004$) varlığı ile pozitif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bağıntı tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 21)

Tablo 21. Tüm grupta YBDÖ, YYBÖ, HYAA Puanları ve Gece Yeme Alışkanlığı Bağıntı Analizi

		YBDÖ TY	YBDÖ Kısıtlama	YBDÖ Yeme Endişesi	YBDÖ Beden Endişesi	YBDÖ Kilo Endişesi	YYBÖ Tanım	Gece Yeme	YYBÖ Semptom Sayımı	HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı	HYAA Duygusal Yeme Davranışı	HYAA Dışsal Yeme Davranışı
MetS	R	0.092	0.226	0.221	0.267	0.263	0.007	0.313	0.068	0.188	0.163	0.158
	p	0.401	0.038†	0.042†	0.014†	0.015†	0.948	0.004††	0.537	0.084	0.135	0.149
	N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

*Spearman Bağıntı Analizi uygulandı. †İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak belirlendi. ††İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.01$ olarak belirlendi. YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, TY: Tıkınırcasına Yeme, YYBÖ: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, HYAA: Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi, MetS: Metabolik Sendrom

4. Lojistik Regresyon Analizi

Toplam 85 kişiden oluşan örneklem grubunda vaka sayısının yetersiz olması, bağımlı değişkenin iki kategorili bir bağımlı değişken olması ve bağımsız değişkenler için normal dağılım beklentisinin sağlanamaması nedeniyle geriye doğru olabilirlik yöntemi ile binomiyal çoklu lojistik regresyon analizi yapılması uygun görülmüştür.

Lojistik regresyon analizi öncesi bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı (multicollinearity) sorunu olup olmadığı incelenmiştir; tüm tolerans değerleri .2'den büyük, tüm VIF değerleri 10'dan küçük olduğu için değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin olmadığı düşünülmüştür. (Bkz. Tablo 22)

Tablo 22. Bağımsız Değişkenler Arası Çoklu Bağlantı Probleminin Standart Hata, Tolerans ve VIF Değerleri Yoluyla İncelenmesi

	β	Std. Hata	Tolerans	VIF
YBDÖ Kısıtlama	.042	.039	.640	1.563
YBDÖ Yeme Endişesi	.020	.060	.516	1.938
YBDÖ Beden Endişesi	-.026	.064	.219	4.564
YBDÖ Kilo Endişesi	.073	.057	.327	3.059

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bağıntı analizi Spearman bağıntı analizi ile yapılmış olup regresyon analizine hem anlamlı bağıntı gösteren hem de r değeri .20 ve üstünde olan değişkenler katılmıştır; bunlar YBDÖ Kısıtlama, YBDÖ Yeme Endişesi, YBDÖ Beden Endişesi, YBDÖ Kilo Endişesi puanlarıdır. Gece yeme alışkanlığı MetS tanısı konulmayan grupta hiç saptanmamıştır; lojistik regresyon analizinde kategorik değişkenin herhangi bir tarafta frekansının birden az olması durumunda analizin gücünün çok düştüğü bilindiğinden bu değişken analize dahil edilmemiştir.

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre sadece kilo endişesi alt ölçek puanının MetS tanısını anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir. Nagelkerke ölçümlerine göre kilo endişesi puanları MetS tanısının yaklaşık %10'unu açıklamıştır. (Wald $X^2_{(1)} = 6.132$, $p = .013$) Analiz sonuçlarına göre -2 LOG olabilirlik katsayısının sıfırcı modelden sonra ilk modelde düştüğü ancak bu düşüşün anlamlı olmadığı, ikinci modelden dördüncü modele doğru da yükselme gösterdiği, ikinci modelden son modele kadar ise modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu

görülmüştür (Model 1: Omnibus $X^2=7.918$, $p=.095$, Model 2: Omnibus $X^2=7.912$, $p=.048$, Model 3: Omnibus $X^2=7.893$, $p=.019$, Model 4: Omnibus $X^2=7.062$, $p=.008$). Hosmer ve Lemeshow Uyum İyiliği Testi sonucuna göre ise beklenen ve gözlenen regresyon modelinin uyumlu olmadığı tespit edilmiştir ($X^2_{(4)}=16.840$, $p=.018$). Bu durum model-veri uyumunun yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmediği sıfırıncı basamakta, modelin MetS tanısını ayırt etme oranının %57.6 olduğu görülmüştür. Olabilirlik oranına göre geriye doğru seçim yöntemi (Backward Stepwise-Likelihood Ratio) ile oluşturulan 4 basamaklı modelin ilk basamağında tüm bağımsız değişkenler modele dahilken modelin MetS tanısını ayırt etme oranı %63.5'e yükselmiştir, son basamağında ise modelde yalnızca YBDÖ Kilo Endişesi bağımsız değişkeni kalmış olup bu tek değişkenli modelin MetS'u tahmin etme oranının %69.4 olduğu görülmüştür. YBDÖ Kilo Endişesi alt ölçeğinin MetS tanısı açısından riskli bireyleri tahmin etme olasılığı için Exp(B) katsayısı incelendiğinde, YBDÖ Kilo Endişesi alt ölçeğinde bir birimlik artışın, bireylerin MetS tanısı konulması riskini 1.5 kat arttırdığı görülmüştür. (Bkz Tablo 23)

Tablo 23. Lojistik Regresyon Analizi

		Nagelkerke R ²	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% for	C.I. EXP(B)
									Lower	Upper
Adım 4	YBDÖ Kilo Endişesi	.107	.421	.170	6.132	1	.013	1.524	1.092	2.128
	Sabit	-	-.777	.483	2.589	1	.108	.460		

† İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak belirlendi. Adım 4; son basamaktaki istatistik sonuçları tabloda gösterilmiştir.

IX. TARTIŞMA

Çalışmamızda MetS tanısı konulan grupta yaş değerlerinin MetS tanısı konulmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde metabolik sendrom tanısının yaşla artan prevalans gösterdiği bilinmektedir.^{10,14} Bu nedenle bizim çalışmamızda da tanı konulan grubun daha ileri yaşta olması literatürle uyumludur.

İki grup cinsiyet açısından karşılaştırıldığında anlamlı sonuç bulunmamıştır. Buna karşın literatüre baktığımızda ülkemizde MetS prevalansının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu bilinmektedir. Özellikle ileri yaştaki kadınlarda prevalans daha da artmaktadır. Toplam nüfusa bakıldığında da ülkemizde MetS tanısı kadınlarda erkeklere göre daha fazladır ve genellikle kadınlardaki yüksek obezite prevalansı ile ilişkilendirilmektedir.^{10,20} Bu bağlamda çalışmamızda da MetS tanısı konulan ve konulmayan grupları kıyaslayınca kadın-erkek oranında anlamlı farklılık olması literatürle uyumlu olurdu. Bu durumun örneklem grubumuzun küçüklüğü veya grup içinde normal dağılım göstermeyen cinsiyet oranı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi diğer demografik verilerin iki grup arasında karşılaştırılması sonucunda anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde bu bulgumuzla çelişen çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalarda örneklemdeki kadınların çalışma durumunun erkeklere oranla daha az olduğu ve beraberinde kadınlara daha yüksek oranda MetS tanısı konulduğu kaydedilmiştir; bu durumun kadınlarda ev içi aktivite düzeyinin obezite ve MetS gelişimini kolaylaştıran bir faktör olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.⁶ Cinsiyet eşitsizliği ve obezite prevalansı arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmada ülkelerdeki obezite prevalansının cinsiyetle ilişkili olduğuna, kadınlarda görülen obezite prevalansının ülkeler arasında daha fazla değişkenlik gösterdiğine ve bunun altında yatan sebebin çoğunlukla kadınların erkeklere oranla sağlık hizmeti, kaliteli gıda, eğitim ve çalışma imkanı, kent hayatı/kırsal hayat gibi imkanlara daha az ulaşabilmesiyle ilgili olduğu belirtilmiştir.¹⁰¹ Obeziteyi araştıran epidemiyolojik çalışmalarda obezitenin düşük sosyoekonomik düzeyle

ilişkinine vurgu yapılmaktadır; düşük sosyoekonomik düzey kaliteli gıda, yeterli spor imkanları, uygun sağlık hizmeti gibi imkanlara ulaşmayı zorlaştırmaktadır.¹⁰² Bu bağlamda MetS tanısı için de benzer bir durum söz konusudur. Ancak bu veriler bizim çalışmamızda tespit edilememiştir. Örneklem grubumuzun tek bir şehirde, benzer sosyoekonomik düzey ve benzer kültürel ortamda yaşayan bireylerden oluşmasının bu sonucu doğurmuş olabileceği düşünülmüştür. Daha büyük örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda ülkemizde MetS tanısının kırsal bölgelerde yaşayan kadınlarda kentlerde yaşayan kadınlara göre daha yüksek saptandığı; cinsiyetler arası farka bakıldığında ise kadınlara erkeklerden daha fazla MetS tanısı konulduğu bilinmektedir.^{7,18,25}

Çalışmamızda örneklem grubundaki bireyler ailelerinde (birinci derece yakın) diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi metabolik bozukluk bulunması açısından değerlendirilmiştir. Örneklem grubunda aile öyküsünde bahsedilen hastalıkların görülme oranının MetS tanısı konulan grupta %93.9, MetS tanısı konulmayan grupta %83.3 gibi oldukça yüksek saptandığı ancak aile öyküsü açısından iki grup arasında anlamlı fark gözlenmediği tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında yapılan daha geniş ölçekli çalışmalarda aile öyküsünün tanı konulan gruplarda daha yüksek saptandığı görülmektedir.^{103,104} Çalışmamızda aile öyküsünün bu derece yüksek saptanmış olmasının ülkemizde MetS ve ilişkili bozuklukların yaygınlığı açısından bir gösterge olarak düşünülmüştür.

İki grubun metabolik veriler açısından analizi yapıldığında boy değeri dışındaki tüm verilerde iki grup arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Çalışmamızda her ne kadar sağlıklı kontrol bulunmasa da bozuk yeme örüntüsünün MetS tanısıyla ilişkisini anlamak için metabolik açıdan birbirinden bu derece farklı iki grubun çalışmaya dahil edilmesi uygun bulunmuştur. Ayrıca MetS tanısı konulmayan grupta da bel çevresi genişliği bulunmaktadır; diğer metabolik kriterler ise kısmen gözlenmektedir. Bu durum belli bir metabolik bozukluk zemininde ortaklaşmış bireylerde bozuk yeme örüntüsünün bireyleri MetS tanısına ve daha ciddi metabolik bozukluklara götürmesinde ne derece katkı sağladığını araştırmak açısından anlamlı bulunmuştur.

Erişkin çağda en yüksek kilo değerleri açısından iki grubun karşılaştırılmasında MetS tanısı konulan grupta kilo değerlerinin anlamlı olarak yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Obez bireylerin yalnızca %25 kadarı metabolik açıdan sağlıklıdır. Sağlıklı obezitenin insülin duyarlılığıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.¹⁰⁵ MetS ise insülin direnci ve abdominal

obezite ile yakından ilişkilidir.^{21,106} Dolayısıyla çalışmamızda MetS tanısı konulan grupta toplam kilo değerlerinin yüksek olması literatürle uyumlu bir sonuçtur.

Erişkin çağda en düşük kilo değerleri karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Örneklemimizde doğum, çocukluk ve ergenlik kilo değerleri nitel olarak sorgulanmıştır ve iki grup arasında yaşam boyu kilo değerleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Analizde yalnızca ergenlik kilosu ($p=0.061$) anlamlılığa yakın bir p değerine ulaşmıştır. Buradan yola çıkarak iki grubun doğum ve çocukluk kilolarının benzer özellik gösterdiği, ancak MetS tanısı konulan grubun ergenlik kilosunun anlamlılığa yakın düzeyde daha yüksek olduğu düşünülmüştür. Bu bağlamda MetS tanısı konulan bireylerin yaşamlarının başlangıcından beri kilolu olmadığı, süreç içinde kilo almış kişiler olduğu sonucuna varılmıştır. Bozuk yeme davranışı gibi çevresel faktörlerin bireylerin kilo aldığı bu sürece katkısı olabileceği aşıkardır.

Çalışmamızda yeme bağımlılığı değerlendirilen bozuk yeme davranışlarından biridir; bu bağlamda alkol, sigara, çay, kahve ve sakız gibi bağımlılık yapıcı veya bağımlılık benzeri davranışa neden olabilen bazı madde ve gıdaların tüketim miktarı da sorgulanmış ve iki grup arasında kıyaslanmıştır. Ancak kahve tüketimi dışında iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Kahve tüketiminin MetS tanısı konulmayan grupta anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatürde kahve tüketiminin MetS riskini azalttığına yönelik yayınlar bulunmaktadır.^{107,108} Bizim çalışmamızdaki bu bulgu da literatürü desteklemektedir. Kahvede bulunan kafein, klorojenik asit gibi maddelerin endotel disfonkiyonunu düzeltici antioksidan, antiinflamatuvar etkinin bireyleri MetS gelişiminden koruduğu düşünülmektedir.¹⁰⁹ Bunun dışında bağıntı analizinde kahve tüketimi, MetS tanısı konulan grupta, YBDÖ TY alt ölçek puanları ile pozitif bağıntı göstermiştir. Buradan yola çıkarak kahve tüketiminin aslen MetS tanısı konulmayan grupta daha fazla olduğu ve MetS tanısı konulan grupta ise tıknırcasına yeme davranışı ile pozitif yönde bağıntılı olabileceği öne sürülebilir. Bipolar Bozukluk hastalarında obezite ve ilişkili klinik özellikler üzerine yapılmış bir çalışmada kahve tüketiminin obezite ve tıknırcasına yeme bozukluğu ile anlamlı düzeyde bağıntılı olduğu bulunmuştur.¹¹⁰ Yeme bozukluğu hastalarında kahve tüketimini araştıran bir başka çalışmada; BN grubunun kahve tüketiminin anlamlı olarak fazla olduğu ve tüm yeme bozukluğu grubunun kahveyi tıknıma davranışına yakın bir davranış biçiminde tükettiği bildirilmiştir.¹¹¹

Klinik ölçek puanlarının iki grup arasında karşılaştırılmasında YBDÖ Kısıtlama, YBDÖ Yeme Endişesi, YBDÖ Beden Endişesi, YBDÖ Kilo Endişesi ve YBDÖ Toplam puanları MetS tanısı konulan grupta diğer gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Buna göre MetS tanısı konulan grubun daha fazla kısıtlamaya çalıştığı; yemek, beden ve kilo açısından diğer gruba kıyasla daha endişeli olduğu söylenebilir. MetS tedavisine baktığımız zaman ilk basamağın yaşam biçimi düzenlemesi olması ve bu kişilere sıklıkla çeşitli diyetler önerilmesi bireyleri kısıtlamaya yöneltiyor gibi görünmektedir. Bu noktada tedavide psikoeğitimin önemi ortaya çıkmaktadır; sağlıklı beslenmenin kısıtlamak olmadığı tedavi ekibince daha sık vurgulanması gereken bir durumdur.

HYAA ile kısıtlama, duygusal yeme ve dışsal yeme davranışı araştırılmış ve iki grup arasında kıyaslanmıştır ancak her üç alt ölçekte de anlamlı fark bulunmamıştır. YBDÖ ölçeğinde kısıtlama davranışı iki grup arasında farklı bulunurken HYAA Kısıtlama alt ölçeği puanları arasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmaması ölçeklerin ölçme kapasitesinin farklı olması ihtimalini düşündürmüştür. MetS tanısı konulan grupta kısıtlama, duygusal yeme ve dışsal yeme gibi bozuk yeme örüntüsünün diğer gruba göre fazla olması çalışmamızın hipotezleri arasındaydı; ancak HYAA puanları ile beklenen sonuçlar elde edilmemiştir. HYAA literatürde sıklıkla kullanılan ve ülkemizde geçerlilik güvenilirliği yapılmış bir ölçek olmasına rağmen ölçme kapasitesi açısından bu noktada soru işaretleri ortaya çıkmıştır.^{94,112,113}

Belirli gıdaların, bağımlılık davranışına benzer biçimde aşırı tüketilmesi yeme bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır.^{88,114} Çalışmamızın hipotezlerinden biri MetS tanısı konulan grupta yeme bağımlılığının diğer gruba göre daha sık gözlenmesidir. Ancak YYBÖ puanları iki grup arasında kıyaslandığında hem tanımlayıcı sonuç açısından hem de semptom sayımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Örneklem sayısının yetersizliğinin analiz sonucunun anlamsız bulunmasına neden olabileceği düşünülmüştür. Literatürde bariatrik cerrahi hastaları arasında yapılan çalışmalarda YYBÖ puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş, obezite etiyolojisinde yeme bağımlılığına dikkat çekilmiştir.⁹² MetS tanısı alan bireylerden oluşan bir örneklem bariatrik cerrahi hastalarından oluşan bir örnekleme göre daha heterojen bir grup oluşturmaktadır. Bu bağlamda yeme bağımlılığının tüm MetS tanısı konulan bireyler için değil, daha çok bariatrik cerrahiye yönlendirilen, metabolik sorunları daha ileri düzeyde olan hastalarda daha sık görülen bir bozuk yeme örüntüsü olabileceği düşünülmüştür. Bu konuda daha geniş örnekleme veya daha net ölçümler yapabilecek bir modelle yürütülecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

YDA puanları arasında iki grup arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Stresin yeme davranışına etki ettiği düşünüldüğünde, YDA puanlarının iki grup için fark göstermemesi çalışmamız için istenen bir durumdur.^{45,74} Örneklemin YDA puanlarının benzer olması stres düzeylerinin görece benzer olduğunu düşündürmektedir. Böylece stresin bozulmuş yeme davranışını tetikleme etkisinin bizim örneklemimiz için kısmen dışlanmış olduğu, iki grup arasında tespit edilen yeme davranışı farklılığının daha net ortaya konabileceği, bireylerin günlük yaşam stresinin karıştırıcı bir değişken olma ihtimalinin dışlandığı düşünülmüştür.

SYBD-II ölçeği sağlık davranışı, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerine sahiptir. Çalışmamızın bu konudaki hipotezi MetS tanısı konulan grupta sağlık davranışının, fiziksel aktivitenin ve stres yönetiminin diğer gruba göre düşük olduğu şeklindedir. Ancak yapılan analizlerde iki grubun SYBD-II alt ölçek puanları açısından anlamlı fark göstermediği bulunmuştur. Bu durum iki grubun benzer oranda sağlık davranışı gösterdiği, benzer oranda fiziksel aktiviteye sahip olduğu ve benzer oranda stresle başa çıkma becerisi gösterdiğini ifade etmektedir. Bu durumda iki grup arasında yine de yeme davranışı açısından YBDÖ ile ölçülen farklılık bulunması klinik açıdan anlamlıdır. O halde MetS tedavisinde sağlık davranışı, fiziksel aktivite ve stres yönetiminden bağımsız olarak yeme davranışına dikkat edilmelidir. Bireylerde gözlenen metabolik bozukluk düzeyine yeme davranışının etkisi klinik açıdan önemlidir ve tedavi basamağında değerlendirilmelidir.

Gece yeme alışkanlığı demografik veri formunda 3 adet tarama sorusu ile sorgulanmıştır. Örnekleimde toplam 10 kişi gece yeme alışkanlığı olduğunu ifade etmiştir ve bu kişilerin tümü MetS tanısı konulan grupta yer almaktadır. Yapılan analizlerde iki grup arasında gece yeme alışkanlığı açısından anlamlı fark saptanmıştır. Gece yeme alışkanlığı sıklıkla obezite ile birlikte anılan bir bozuk yeme davranışıdır.^{63,64,115} Bu bağlamda; iki grup arasında bu farklılığın tespit edilmesi literatürle uyumludur ve çalışmamızın bu konudaki hipotezini desteklemektedir. MetS tanısıyla izlenen hastalarda yeme örüntüleri mutlaka sorgulanmalı ve gece yeme alışkanlığı saptanan kişilerin bu konuda bilgilendirilmesi özellikle önemlidir.

Ölçek puanlarının metabolik verilerle bağıntı analizi yapıldığında BKİ değerlerinin YBDÖ Yeme Endişesi, YBDÖ Beden Endişesi, YBDÖ Kilo Endişesi ve YBDÖ Toplam puanlarıyla pozitif yönde bağıntı gösterdiği saptanmıştır. Bireylerde BKİ değerinin artışıyla

bireyin yemek, beden ve kilo ile ilgili endişesinin artması literatürle uyumlu bir sonuçtur.¹¹⁶ Diğer analizlerde BKİ değerinin YYBÖ puanı ile bağıntılı olmadığı saptanmıştır. Yine BKİ değerinin HYAA puanları ile bağıntı analizi yapıldığında BKİ değeri ile HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı alt ölçek puanları arasında negatif yönde bağıntı tespit edilmiştir. Bu durum bireylerin kısıtlayıcı yeme davranışı azaldıkça BKİ değerleri artmaktadır şeklinde yorumlanmıştır. Obez bireylerde kısıtlayıcı yeme davranışının akabinde bireylerin tıknırcasına yeme davranışı gösterdiği, toplamda daha fazla yiyebildikleri literatürde bildirilmektedir ancak bu çalışmada MetS tanısı koyulan grupta bu bilgiyi destekleyecek bir bulguya rastlanmamıştır.⁵⁰ Çalışmamızda MetS tanısı koyulan grupta anlamlı düzeyde kısıtlayıcı yeme davranışı gözlenmiş ancak tıknırcasına yeme davranışında anlamlı sonuçlara ulaşılmamıştır. BKİ değerlerinin SYBD-II fiziksel aktivite alt ölçeği ile de negatif bağıntı gösterdiği tespit edilmiştir; bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri düştükçe BKİ değerlerinde artış beklenen bir sonuçtur.¹¹⁷ BKİ değeri YBDÖ TY, YBDÖ Kısıtlama, HYAA Dışsal Yeme puanlarıyla bağıntılı bulunmamıştır. Oysa literatürde tıknırcasına yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarının kilo alımı ve obeziteyle ilişkisi gösterilmiştir.^{50,118,119} BKİ ve HYAA Duygusal Yeme alt ölçeğinin bağıntı analizinde ($p=0.057$) gibi anlamlılığa çok yakın bir p değeri elde edilmiştir. Bu bağlamda örneklem sayısının bu anlamlılığı ortaya çıkarmada yetersiz kaldığı, duygusal yeme davranışında artışın bireylerde BKİ artışına sebep olduğu düşünülmüştür. Bel çevresi ile ölçek puanlarının bağıntı analizinde bel çevresi YBDÖ Beden Endişesi, YBDÖ Kilo Endişesi ve YBDÖ Toplam puan ile pozitif yönde bağıntılı bulunmuştur. Bu durumda bel çevresi artışı kişilerin bedenleri ve kiloları konusunda daha fazla endişe duymalarına sebep olmaktadır. Ancak bel çevresi değeri YYBÖ; HYAA Kısıtlayıcı, HYAA Duygusal Yeme ve HYAA Dışsal Yeme alt ölçekleri ve SYBD-II Sağlık davranışı, SYBD-II Fiziksel Aktivite ve SYBD-II Stres Yönetimi alt ölçekleri ile ilişkili bulunmamıştır. Bel çevresinin de BKİ gibi yeme davranışı veya fiziksel aktivite düzeyi ile bağıntı göstermesi beklenmektedir. Çalışmamızda bunun tespit edilememesinin örneklem sayısının yetersizliği, grubun heterojenitesi gibi nedenlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kilo değeri ile YBDÖ Kilo Endişesi, YBDÖ Beden Endişesi ve HYAA Duygusal Yeme alt ölçek puanları pozitif yönde bağıntılı; HYAA Kısıtlayıcı yeme davranışı ve SYDB-II Fiziksel Aktivite puanları negatif yönde bağıntılı bulunmuştur. Bu durumda bireylerin kilosu arttıkça kilo ve beden ile ilgili endişelerinin arttığı; duygusal yeme davranışı arttıkça kilo değerlerinin arttığı; kısıtlayıcı yeme davranışları ve fiziksel aktiviteleri azaldıkça da kilo değerlerinin arttığı söylenebilir. Duygusal yeme davranışının kilo üzerine arttırıcı etkisini göstermesi açısından bu bulgu önemlidir. Bu bulgular çalışmamızın diğer sonuçlarıyla ve kısmen literatürle uyumludur.^{85,120,121} Burada da

kısıtlayıcı yeme davranışının BKİ ile olduğu gibi kilo ile negatif yönde bağıntı gösterdiği tespit edilmiştir; literatürde obez bireylerde kısıtlayıcı yeme davranışının sıklıkla aşırı yemeyi tetiklediği gösterilmiştir, ancak çalışmamızda bunu ortaya konamamıştır.⁵⁰ Kilo değerinin YYBÖ ve HYAA Dışsal yeme puanlarıyla bağıntılı bulunmaması literatürle uyumsuzdur.^{88,114,122,123} Yeme bağımlılığı ve dışsal yeme davranışının kilo değeri ile bağıntılı olması çalışmamızın hipotezleri arasındadır ancak ispatlanamamıştır.^{44,74,122} Bu durumda örneklem sayısının yetersizliği sebep olarak düşünülmüştür. Boy uzunluğunun ölçek puanları ile analizine bakıldığında boy uzunluğu ile YBDÖ TY, HYAA Duygusal Yeme, SYBD-II Fiziksel Aktivite alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif bağıntı; YBDÖ Beden Endişesi alt ölçek puanı ile anlamlı negatif yönde bağıntı tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında bireylerde boy uzadıkça beden endişesinde azalma ve buna ek olarak daha az kısıtlayıcı yeme davranışı, daha fazla duygusal yeme ve tıknırcasına yeme davranışı gözlenebileceği; bunun yanı sıra bireylerin boyu uzadıkça fiziksel aktivite düzeyinde artış gözlenebileceği düşünülmüştür. Klinik pratikte bu bulgular; beden endişesi düşük olan bireylerde tıknırcasına yeme veya duygusal yeme davranışının sık görülebilme ihtimali açısından uyarıcıdır. Boy uzunluğu ve SYBD-II Sağlık Sorumluluğu alt ölçeğinin bağıntı analizinin ($p=0.057$) anlamlılığa çok yakın düzeyde kalması ve negatif yönde bağıntı göstermesi düşünülürse bireyin boyu uzadıkça sağlık sorumluluğunu ihmal etmesinin arttığı ve beraberinde kişide tıknırcasına yeme veya duygusal yeme davranışının ortaya çıkabileceği düşünülebilir. AKŞ değerlerinin ölçek puanlarıyla analizinde AKŞ değeri ve YBDÖ Kısıtlama alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bağıntı tespit edilmiştir; bu durumun özellikle yüksek kan şekeri sahibi bireylerin diyet yapma çabasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür. Diyabet tedavisinde hastalara diyet yapmaları önerilirken yetersiz hasta eğitiminin sağlıklı beslenmek yerine aşırı kısıtlayıcı yeme davranışı ortaya çıkartabileceği bilinmektedir.¹²⁴ Halbuki diyabet tedavisinde ılımlı ağırlık kaybı (vücut ağırlığının %5-7'si) insülin direncini azaltmakta etkin bulunmuştur.¹²⁴ AKŞ ve YBDÖ Kısıtlama alt ölçek puanları arasındaki sonuçlar bu bağlamda hasta eğitiminde sağlıklı beslenmenin vurgulanmasının önemine işaret edebilir.^{10,11,125} Bu durum AKŞ ve HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı puanları arasındaki analizle desteklenmemiştir; bu analizde ($p=0.172$) olarak bulunmuş ve anlamlılığa ulaşmamıştır.

TG düzeyleri ve HDL düzeyleri ile ölçek puanları arasında genel olarak anlamlı bir bağıntı elde edilememiştir. Yalnızca HDL düzeyi ile HYAA Duygusal Yeme Davranışı arasında negatif yönde anlamlı bir bağıntı gösterilmiştir. Duygusal yeme davranışı literatürde olumsuz duygusal uyaranların bireyi yeme davranışına yöneltmesi olarak tanımlanmaktadır.⁴¹

HDL düzeyinin psikolojik stresle azaldığını belirten yayınlar bulunmaktadır.^{126,127} Bu durumda duygusal yeme davranışının artmasıyla HDL düzeyinin düşmesi psikolojik stresin ortak bir göstergesi olarak yorumlanabilir. TG düzeyi ve HDL düzeyi ile YBDÖ Beden Endişesi arasında yapılan bağıntı analizi sırasıyla ($R=0.188$, $p=0.085$) ve ($R=-0.188$, $p=0.084$) sonuçlarını vermiş, anlamlılığa ulaşmasa da TG düzeyi ile pozitif yönde, HDL düzeyi ile negatif yönde anlamlılığa yakın bağıntı göstermiştir. Bu bağıntıya göre; beden endişesi yüksek bireylerde TG düzeyi daha yüksek, HDL düzeyi daha düşüktür; bu durum bireylerde doymuş yağdan zengin bir diyet, muhtemel kilo artışı veya yağlanma artışı olarak yorumlanmıştır. Literatürde TG yüksekliği ve HDL düşüklüğü; obezite, insülin direnci ve artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkilendirilmiştir.¹²⁸⁻¹³⁰

YBDÖ puanları karşılanan MetS kriter sayısına göre analiz edildiğinde kriter sayısının YBDÖ Kısıtlama, YBDÖ Beden Endişesi, YBDÖ Kilo Endişesi ve YBDÖ Toplam Puan alt ölçekleri ile pozitif yönde anlamlı bağıntı gösterdiği tespit edilmiştir. Karşılanan MetS kriter sayısının artması metabolik sendrom ağırlığının artışı olarak değerlendirilmiştir.¹³¹ Bu durumda MetS ağırlaştıkça bireylerde kısıtlayıcı yeme davranışında artış gözleneceği, beden ve kilo endişesinin artacağı düşünülmüştür. Bariatrik cerrahi hastaları MetS kriterleri açısından daha fazla kriteri bir arada bulundurmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu ağır metabolik bozukluğu olan bireylerin kısıtlayıcı yeme davranışı, beden ve kilo endişesinin yüksek saptanması bulgumuzun literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.¹³²

Tüm grupta yapılan bağıntı analizinde MetS tanısının varlığı YBDÖ Kısıtlama, YBDÖ Yeme Endişesi, YBDÖ Beden Endişesi, YBDÖ Kilo Endişesi alt ölçek puanları ve gece yeme alışkanlığının varlığı ile pozitif yönde, anlamlı düzeyde bağıntılı bulunmuştur. Bu bağlamda MetS tanısı konulan bireylerin daha fazla kısıtlayıcı yeme davranışı gösterdiği; yemek, beden görünümleri ve kilo değerleriyle ilgili daha endişeli oldukları ve daha yüksek oranda gece yeme alışkanlığı gösterdikleri saptanmıştır. HYAA Kısıtlayıcı Yeme Davranışı alt ölçeği ($p=0.084$) gibi anlamlılığa yakın bir değerde kalmıştır; diğer bulgularla birlikte değerlendirildiğinde bu sonucun örneklemin küçük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmadaki hipotezimize ters olarak HYAA Duygusal Yeme ve HYAA Dışsal Yeme alt ölçek puanları ile MetS tanısı arasında anlamlı bir bağıntı tespit edilememiştir.

Yapılan lojistik regresyon analizinde YBDÖ Kısıtlama, YBDÖ Yeme Endişesi, YBDÖ Beden Endişesi, YBDÖ Kilo Endişesi puanları MetS tanısını tahmin etme açısından

değerlendirilmiştir. Analizin 4. adımında YBDÖ Kilo Endişesi alt ölçek puanı ($p=0.013$) anlamlı p değerine ulaşmıştır. Kilo endişesinin bir birimlik artışının MetS tanısı konulma riskini 1.5 kat arttırdığı tespit edilmiştir. Ancak lojistik regresyon modelinin tahmin etme gücü düşük ve model uyumu açısından zayıf bir model olduğuna dikkat edilmelidir. Çalışma bir regresyon modeli olarak düzenlense de MetS tanısını tahmin etme açısından çalışmamızda kullanılan klinik ölçeklerin yetersiz kaldığı düşünülmüştür; lojistik regresyon modellerinde analizin doğru ve tarafsız olması için örneklemin büyük olması gerektiği bilinmektedir. Örneklem sayısının yetersiz oluşu çalışmamızın önemli bir kısıtlılığıdır.



X. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda MetS tanısı konulan 49 kişi ile MetS tanısı konulmayan, eşik altı metabolik bozukluğu olan 36 kişi bozuk yeme davranışı açısından karşılaştırılmış ve bozuk yeme örüntüsünün MetS açısından yordayıcı olup olmadığı araştırılmıştır.

MetS tanısı konulan grubun diğer gruba göre daha ileri yaşta olduğu tespit edilmiştir. Bozuk yeme örüntüsü açısından değerlendirildiğinde MetS tanısı konulan grubun daha fazla gece yeme alışkanlığı gösterdiği; kısıtlayıcı yeme davranışı ve yemek, beden ve kiloyla ilgili endişenin MetS tanısı konulan grupta daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İki grup arasında tıknırcasına yeme davranışı, duygusal yeme ve yeme bağımlılığı açısından bir fark bulunmamıştır. Sağlık davranışı, fiziksel aktivite düzeyi, stres yönetimi açısından iki grup benzer özellikler göstermektedir.

Yapılan regresyon analizinde kilo endişesinin MetS tanısını yordama gücünün diğer verilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ancak regresyon modelinin tahmin etme gücü düşük bulunmuştur.

MetS toplumda yaygın olarak görülen, yaygın morbiditeye yol açması nedeniyle yaşam kalitesini ve toplumların sağlık harcamalarını yakından ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur. Tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanı sıra yaşam değişimi ön plana çıkmaktadır. Bu noktada bireylerin yeme alışkanlıkları ve bozuk yeme örüntüsü açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Günümüzde MetS tedavisinde beslenme ile ilgili çalışmalar çoğunlukla besin içeriğini değerlendirmekte ve bireylere bu yönde öneriler sunmaktadır. Ancak yeme davranışı da bu süreçte sorgulanması gereken önemli bir özelliktir ve bu konuda bir bozukluk varsa giderilmesi önemlidir. MetS tedavi protokollerinde sağlıklı beslenme davranışı ve fiziksel aktivitenin artırılmasının sağlığa ulaşmaya sağladığı katkının vurgulanması gerekmektedir. Bu hususta daha büyük örneklem gruplarıyla daha fazla çalışma yapılması önerilir.

XI. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 690

Konu: Prof. Dr. Başak YÜCEL hk.

Tarih : 17.05.2019

Sayın Prof. Dr. Başak YÜCEL

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının 06/05/2019 gün ve 90075 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Merve SEÇKİN' in yürüteceği 2019/652 dosya numaralı "Metabolik Sendrom Tanısıyla İzlenen Hastalarda Bozuk Yeme Örüntüsü" başlıklı çalışma kurulumuzun 10/05/2019 tarih ve 09 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar

Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

Ek 2: Aydınlatılmış Onam Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (Hastanın kendisi için örnektir)

I-Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Metabolik Sendrom son 30 yılın git gide artan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Diyabet, kalp hastalıkları gibi çeşitli hastalıklara yol açtığı bilinmektedir. Tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ve diyetin üzerinde durulmaktadır. Günümüzde beslenme alışkanlıklarının ve hareketsiz yaşamın metabolik sendrom ve öncülük ettiği kronik hastalıklara sebebiyet verdiği düşünülmektedir. Obezite cerrahisi için başvuran bireylerde yapılan çalışmalarda bozulmuş yeme örüntüsünün bu hastalarda süreci olumsuz etkileyen bir durum olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada bozulmuş yeme örüntüsünün metabolik sendrom tanısı alan bireylerde sıklığını araştırmak ve bozulmuş yeme örüntüsünün metabolik sendromun devamında ortaya çıkan hastalıklara ilerleme sürecinde yordayıcı olup olmadığını değerlendirmek amaçlanmıştır.

1. İçinde bulunduğunuz çalışmanın adı "Metabolik Sendrom Tanısı Alan Hastaların Bozulmuş Yeme Örüntüsü Açısından Değerlendirilmesi"dir
2. Bu çalışma kapsamında Demografik veri formu, SCID-5, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Modifiye Form ve Holmes ve Rahe Yaşam Stresi Ölçeği kullanılacaktır.
3. Çalışma sırasında çıkabilecek herhangi bir istenmeyen etki veya risk bulunmamaktadır.
4. Görüşmelerin 45 dakika sürmesi planlanmaktadır.

II-Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler:

1. Gönüllünün araştırmaya katılmayı reddetme hakkı vardır.
2. Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.
3. Gönüllü araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecektir, ayrıca gönüllüye de bir ödeme yapılmayacaktır.
4. Gönüllünün bilgileri yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır.
5. Gönüllünün dosyalarından ya da kendisinden alınan bilgiler, sadece çalışmaya katılan hekimler kendisi arasında kalacaktır, üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır. Kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.
6. Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten Dr. Merve Seçkin'e 0212 414 20 00 / 31185 no'lu telefondan ulaşabilirsiniz.

Gönüllünün adı, soyadı, imzası, adresi ve telefon numarası

Açıklamaları yapan araştırmacının adı, soyadı ve imzası

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı, soyadı, imzası ve görevi

Katılımcının beyanı

Sayın Dr. Merve Seçkin tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca her hangi bir zarar görmeden araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkilerime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

• Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı Soyadı:

Ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

Ek 3: Sosyodemografik Veri Formu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yeme Bozuklukları Birimi

Demografik Form

1. Ad-Soyad:
2. Cinsiyet:
3. Doğum Tarihi:
4. Başvuru Tarihi:
5. Telefon:
6. Boy (cm):
7. Kilo (kg):
8. BKİ (kg/m²):
9. Bel çevresi(cm):
10. AKŞ(mg/dL):
11. TA(mmHg):
12. HDL(mg/dL):
14. TG(mg/dL)
15. MetS tanısını nasıl/ne zaman almış?
16. Şimdiye kadar en yüksek kilo (kg):
17. Şimdiye kadar en düşük kilo (kg):
18. İlk belirgin kilo değişimi tarihi:
19. Doğum kilosu(kg):
20. İlkokul kilosu(kg):
21. Ergenlik dönemi kilosu(kg):
22. Stres faktörü/yaşam olayı(mezuniyet, evlilik, ölüm vb.) ile kilo değişimi var mı? Nasıl?
23. Eğitim Durumu:
a) okuyamaz değil b) okuyamaz c) ilköğretim d) lise e) üniversite f) yüksek lisans g) doktora
24. En son mezun olunan okul:
a) ilköğretim b) lise c) üniversite d) yüksek lisans e) doktora
25. Eğer öğrenciyse devam edilen okul:
a) ilköğretim b) lise c) üniversite d) yüksek lisans e) doktora
26. Sosyal güvence: a) SGK b) Özel Sağlık Sigortası c) Sosyal Güvencem yok
27. Hanenize giren aylık gelir miktarı:
a) 0-1.600 b) 1.601-5.200 c) 5.201-10.000 d) 10.000 ve üstü
28. Başkalarıyla kıyasladığınızda ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
a) düşük b) orta c) yüksek d) çok yüksek
29. Medeni Durum:
a) Evli b) Bekâr c) Boşanmış d) Dul e) Diğer _____

30. Çocuğu var mı? a) Evet,.....tane b) Hayır
Çocuğu/çocukları kaç yaşında?
31. Şu anda yaşadığı yer:
a) Metropol b) Büyükşehir c) Küçükşehir d)Kasaba e) Köy
32. Yetiştığı yer:
a) Metropol b) Büyükşehir c) Küçükşehir d)Kasaba e) Köy
33. Meslek:.....
34. Çalışma durumu:
a) Çalışıyor: _____ (lütfen çalıştığınız işinizi yazınız)
b) Çalışmıyor
23. Çalışmıyor ise nedeni:
a) Hastalığa bağlı sebepler
b) Başka nedenlerle: _____ (lütfen nedenini yazınız)
c) Öğrenci olduğu için
35. Şu anki kilonuzu nasıl buluyorsunuz? a) Az b) İdeal c) Fazla d) Çok fazla
36. Kilo hedefi var mı? Varsa ne kadar?(kg):
- 36.1 Öncesinde diyet öyküsü var mı?
37. Şikâyetlerin başladığı(veya MetS tanısı aldığı) tarih:
38. Daha önce bu konuda doktora başvuru var mı? a) Yok b) Var; (Kaç defa): _____
39. Daha önce bir tedavi görmüş mü? a)Hayır b)Evet
- 39.1 Evet ise tedavi türü nedir?
a)Yatarak;
b)Ayaktan;
40. Son dönemde herhangi bir tedavi görüyor musunuz (psikiyatrik tedavi dahil)? a) Evet b) Hayır
Görüyorsanız tanı/takip edildiği yer/tanı tarihi/kullandığı ilaç / ne zamandır ilaç kullanıyor belirtiniz: _____
- 40.1. Daha önce kullandığı ilaçlar neler? Daha önce tedavi/ler neden sonlamış?
a)
b)
c)

41. Ailede tanısı konmuş tıbbi bir hastalık/obezite/yeme bozukluğu var mı? a) var b) yok

41.1. Var ise hangi hastalık (diyabet, obezite, kanser... vb.), kime konmuş?

42. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet.....süredir; 1 ayda.....kutu/şişe b) Hayır

43. Madde kullanıyor musunuz? a) Evet.....süredir; kullanılan madde..... b) Hayır

44. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet.....süredir, 1 günde.....adet/.....paket b) Hayır

45. Sık kilo alıp verir misiniz? A) Evet b) Hayır

46. Çay tüketim miktarınız nedir?bardak/gün

47. Kahve tüketim miktarınız nedir?fincan/gün

48. Sakız tüketim miktarınız nedir?adet/gün

49. Gece uyanınca yemek yer misiniz? a) Evet b) Hayır

49.1 Ne sıklıkta?

49.2 Son bir haftada kaç kere gece kalkıp yemek yediniz?

(49. sorunun cevabına göre gerekirse Gece Yeme Anketi doldurulabilir.)

Ek 4: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YEDÖ)*

YÖNERGE : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve

tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirin- de	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğun-laşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

*Yucel B, Polat A, İkiz T, Düşgor BP, Yavuz AE, Sertel-Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev*, 2011, doi:10.1002/erv.1104

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirin-de	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korkunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?	
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?	
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müşhil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?	

19’den 21’e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için “tıkınırcasına yeme” teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
		0	1	2	3	4	5	6

22’den 28’e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığımız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

Ek 5: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ)

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla dair yeme alışkanlıklarınızı öğrenmeyi amaçlamaktadır. İnsanlar bazen belirli yiyeceklerin tüketimini kontrol etmekte zorlanırlar:

- Dondurma, çikolata, kurabiye, pasta, şeker gibi tatlılar
- Beyaz ekmek, makarna, pirinç gibi nişastalı gıdalar
- Cips, kraker gibi tuzlu atıştırmalar
- Biftek, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yağlı yiyecekler
- Kolalı ve şekerli içecekler

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

SON 12 AYDIR:	Hiç	Ayda bir kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2- kez	Haftada 4’ten fazla ya da her gün
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim	0	1	2	3	4
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum	0	1	2	3	4
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum	0	1	2	3	4
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor	0	1	2	3	4
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum	0	1	2	3	4
6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum	0	1	2	3	4
7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığına, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım.	0	1	2	3	4
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	0	1	2	3	4
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit	0	1	2	3	4

geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.					
10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecek tüketimini dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
14. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.	0	1	2	3	4
15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum ünlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları)	0	1	2	3	4

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

24. Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım	0	1
--	---	---

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

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

Dondurm	Çikolata/gofret	Elma	Donat/Tatlı Çörek	Karnabahar	Kurabiye/Bisküvi	Pasta/kek	Şeker/Şekerleme
Ekmek	Poğaça/Açma	Marul	Makarna	Çilek/Kiraz/Üzüm	Pilav	Kraker	Cips
Simit	Patates kızartması	Havuç	Kırmızı Et	Muz	Pastırma/Sucuk/Salam	Hamburger	Tost/Peynirli Sandviç
Pizza/Lahmacun/Döner	Kola/Gazoz	Peynir(Beyaz peynir, kaşar,vs.)	Yukarıdaki lerin hiçbiri				

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

Ek 6: Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi

Yeme Alışkanlıkları Anketi (DEBQ)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru veya yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabı işaretleyiniz.

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

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

Ek 7: Yaşam Değişimleri Anketi

YDA

YÖNERGE: Aşağıdaki listede kişilerin hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren bazı olaylar bulunmaktadır. Yakın bir geçmişte yani son bir yıl içerisinde başınızdan geçen olayları ve her olayın başınızdan geçiş tarihini (0-6 ay ya da 7-12 ay şeklinde) işaretleyiniz. Koyduğunuz her işaretin ilgili olduğu maddenin karşısına gelmesine dikkat ediniz.

Aşağıda işaretleyeceğiniz her madde için, olayın meydana geldiği sırada, hayatınıza olumlu veya olumsuz nasıl bir etki yaptığını düşünüyorsanız lütfen ilgili rakamı daire içine alarak belirleyin. (-3) değerinde bir dereceleme, olayın çok olumsuz bir etkisi olduğunu; (0) değerinde bir dereceleme, olayın olumlu veya olumsuz hiçbir etkisi olmadığı (+3) değerinde bir dereceleme ise olayın çok olumlu bir etkisi olduğu anlamına gelmektedir. Olayın hem olumlu hem de olumsuz etkisi olduğuna inanıyorsanız en önemli olanını işaretleyiniz.

1. Evlilik	-3	-2	-1	0	1	2	3
2. Aileden çok yakın birinin evlenmesi (kardeşlerden birinin veya anne veya babanın evlenmesi)	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Hapishanede tutuklu kalma	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Yakın bir aile üyesinin hapishanede tutuklu kalması	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Eşin ölümü	-3	-2	-1	0	1	2	3
6. Uyku alışkanlığında önemli değişimler (daha fazla veya daha az uyuma)	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Yakın bir aile üyesinin (anne, baba, erkek kardeş, kız kardeş, büyükanne, büyükbaba vs) ölümü	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Yemek alışkanlıklarında önemli değişimler (daha fazla veya daha az yemek yeme)	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. İpoteğin kaldırılması	-3	-2	-1	0	1	2	3
10. Yakın bir arkadaşın ölümü	-3	-2	-1	0	1	2	3
11. Yüksek kişisel başarı	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Küçük çapta yasa ihlali	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. Erkek için: Karısının hamile kalması	-3	-2	-1	0	1	2	3
14. Erkek için: Flörtünün ya da nişanlisinin hamile kalması	-3	-2	-1	0	1	2	3
15. Kadın için: Kendisinin hamile kalması	-3	-2	-1	0	1	2	3
16. Kadın için: Kocasının diğer bir kadını hamile bıraktığını öğrenmesi	-3	-2	-1	0	1	2	3
17. İş durumunda değişiklik (farklı iş sorumluluğu, iş şartlarında, iş saatlerinde vs. değişiklikler)	-3	-2	-1	0	1	2	3
18. Yeni bir işe girme	-3	-2	-1	0	1	2	3
19. Yakın aile üyelerinden birinin ciddi bir hastalığa yakalanması, kaza geçirmesi ya da sakatlanması	-3	-2	-1	0	1	2	3
20. Cinsel sorunlar (eş ile anlaşamama)	-3	-2	-1	0	1	2	3
21. İşverenle anlaşmazlık (işini kaybetme tehlikesi, çalışma koşullarında olanakların kısıtlanması, terfi edememe)	-3	-2	-1	0	1	2	3
22. Kayınpalide, kayınpeder, kayınbirader veya görümce ile anlaşmazlık	-3	-2	-1	0	1	2	3
23. Maddi olanaklarda önemli değişimler (daha iyi maddi olanaklara sahip olmak veya maddi durumun bozulması)	-3	-2	-1	0	1	2	3
24. Anne-baba ve çocukların oluşturduğu "çekirdek" aile üyelerinin yakın ilişkilerinde önemli değişimler (yakınlığın azalması veya çoğalması)	-3	-2	-1	0	1	2	3
25. Yakın akrabalarla (büyükanne, büyükbaba, amca, teyze, kuzenlerle ilişkilerde önemli değişimler (yakınlığın azalması veya çoğalması)	-3	-2	-1	0	1	2	3
26. Aileye yeni bir üyenin katılması (doğum, evlat edinme, akrabalarından biri vb.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
27. İkametgâh değişikliği	-3	-2	-1	0	1	2	3
28. Anlaşmazlık nedeniyle eşlerin birbirinden ayrı yaşaması	-3	-2	-1	0	1	2	3
29. Hacca gitme, zekat verme, Kuran okuma gibi dini faaliyetlerde önemli değişimler (bu faaliyetlerin artması veya azalması)	-3	-2	-1	0	1	2	3
30. Eşlerin tekrar birleşmesi	-3	-2	-1	0	1	2	3
31. Karı koca tartışmalarının sayısında önemli değişimler (daha çok veya daha az tartışma)	-3	-2	-1	0	1	2	3
32. Evli erkek için: Evin dışında karısının işindeki değişiklik (çalışmaya başlama, işini bırakması, işini değiştirmesi)	-3	-2	-1	0	1	2	3

33. Evli kadın için: Kocasının işindeki değişiklik (işini kaybetmesi, yeni bir işe başlaması, emeklilik vb.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
34. 100.000 liradan fazla borç alma veya yatırım yapma (ev almak, iş kurmak vb. için)	-3	-2	-1	0	1	2	3
35. 100.000 liradan daha az borç alma veya yatırım yapma (öğrenime devam etmek, TV almak, vb. için)	-3	-2	-1	0	1	2	3
36. İşten çıkarılma	-3	-2	-1	0	1	2	3
37. Kadın için: Çocuk aldırma	-3	-2	-1	0	1	2	3
38. Erkek için: Karısının çocuk aldırması	-3	-2	-1	0	1	2	3
39. Flörtü veya nişanlısının çocuk aldırması	-3	-2	-1	0	1	2	3
40. Sosyal ve eğlence faaliyetlerinin türünde ve miktarında önemli değişimler (ziyaretler, sinema, tiyatro vb.'de azalma veya artma)	-3	-2	-1	0	1	2	3
41. Ailenin yaşama şartlarında önemli değişimler (yeni ev yaptırma, evin onarımı, yeniden döşenmesi vb.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
42. Boşanma	-3	-2	-1	0	1	2	3
43. Kişinin geçirdiği önemli bir hastalık, yaralanma veya kaza	-3	-2	-1	0	1	2	3
44. Yakın bir arkadaşın ağır bir hastalık geçirmesi, yaralanması veya sakatlanması	-3	-2	-1	0	1	2	3
45. Eğitim için evden ayrılma	-3	-2	-1	0	1	2	3
46. Geçici bir süre için eşten ayrı kalma (iş, gezi, vb. neden ile)	-3	-2	-1	0	1	2	3
47. Nişanlanma	-3	-2	-1	0	1	2	3
48. Nişanlı veya flörtle anlaşmazlık	-3	-2	-1	0	1	2	3
49. Nişanlı veya flörtle barışma, tekrar bir araya gelme	-3	-2	-1	0	1	2	3
50. Çalışma veya öğrenim nedeniyle çocuğa baktıracak birini veya bir kurum (kreş vb.) bulamama	-3	-2	-1	0	1	2	3
51. Aşık olma	-3	-2	-1	0	1	2	3
52. Beklenmedik paraya sahip olma (miras, piyango vb. gibi)	-3	-2	-1	0	1	2	3
53. Anarşik olaylara karışma	-3	-2	-1	0	1	2	3
54. Yangın, hırsızlık	-3	-2	-1	0	1	2	3
55. Aileden çok yakın birinin akıl hastanesine yatması	-3	-2	-1	0	1	2	3
56. Yakın akrabalar ya da kardeşler arasında miras paylaşmalarından doğan dargınlıklar, tartışmalar	-3	-2	-1	0	1	2	3
57. Çocuğunun ölümü	-3	-2	-1	0	1	2	3

Ek 8: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketi II Modifiye Form

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II-Modifiye Versiyon

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
2	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
3	Yeterince uyurum				
4	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
5	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
6	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
7	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
8	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
9	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
10	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
11	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
12	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
13	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
14	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
15	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
16	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
17	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
18	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
19	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
20	20 Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
21	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
22	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				

23	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
24	Yorulmaktan kendimi korurum				
25	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				

- Anketteki sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçekleri kullanılmıştır.



Ek 9: Özgeçmiş Formu

Özgeçmiş

Ad, Soyad : Merve Seçkin
Doğum Tarihi : 22 May 1985
Cinsiyet : Kadın
İletişim : +90 5443454985

E-mail : seckinmerve@hotmail.com

Tıpta Uzmanlık Eğitimi	2015-halen	İstanbul Üniversitesi, İTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Üniversite	2004-2010	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Lise	2000-2003	Özel Asır Lisesi

İŞ DENEYİMİ

- Pratisyen Hekim (2010-2014)
- Asistan Hekim (2015-halen)

YABANCI DİL

- İngilizce: İleri

ALDIĞI EĞİTİMLER

- Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi (TPD Sertifika Programı/2017-2018)
- Psikanalize Giriş Seminerleri (Psike İstanbul, 2017-2018)
- Vaka Çalışmaları (Psike İstanbul, süpervizyon grubu, 2018-2019)
- Cinsel Travma ve Travma Terapileri Eğitimi (CETAD, 2017-2018)
- SCID-5 Uygulama Eğitimi (Prof Dr Ertuğrul Köroğlu, 30 Mart 2019)
- Dinamik Psikoterapi Eğitimi, Prof. Dr. Doğan Şahin, (2019-2020; 2 yıllık eğitimin 2. Yılı devam etmekte)
- Cinsel Terapi Eğitimi (CETAD, 2019, halen devam ediyor)

YAYINLAR

- **Batuhan Ayık, Merve Seckin, Hülya Özkan, Sevde Yılmaz Taşçı, Hüda Pashı, Abdullah Fenercioğlu, Ardıl Bayram Şahin, Sümeyye Bozkurt, Sefa Coşkun, Alp Ucok**, Yataklı Servis Hastalarının Hastanede Yatış Sürecine İlişkin Görüşleri , 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 16-20 Eylül, 2016, Antalya, Türkiye
- **Seda Gunes, Merve Seckin, Dilek Gunes, Mehmet Cihan Balci, Mubeccel Demirkol, Gulden Gokcay**, Psychiatric Disorders in Patients with Homocystinuria: Is it Really Frequent? SSIEM Annual Symposium 2019, September 3-6th, 2019, Rotterdam, Netherlands

XII. KAYNAKÇA

1. Nilsson S. [Research contributions of Eskil Kylin]. *Sven Med Tidskr.* 2001;5(1):15–28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11813720>. Erişim Kasım 17, 2019.
2. Vague J. A determinant factor of the forms of obesity. *Obes Res.* 1996;4(2):201–203. doi:10.1002/j.1550-8528.1996.tb00535.x
3. Avogaro P, Crepaldi G, Enzi G, Tiengo A. Associazione di iperlipemia, diabete mellito e obesita' di medio grado. *Acta Diabetol Lat.* 1967;4(4):572–590. doi:10.1007/BF01544100
4. Haller H. [Epidemiology and associated risk factors of hyperlipoproteinemia]. *Z Gesamte Inn Med.* 1977;32(8):124–128. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/883354>. Erişim Kasım 17, 2019.
5. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes.* 1988;37(12):1595–1607. doi:10.2337/diab.37.12.1595
6. Mammadova E. AZERBAIJCAN GUBA şEHRİNDE METABOLİK SENDROM VE İLİşKİLİ FAKTÖRLERİN ARAşTIRILMASI. 2017.
7. Oğuz A, Akalın A A TÇB. *Metabolik Sendrom Yıllığı*. 2003. baskı (Oğuz A, Akalın A A TÇB, ed.); 2003.
8. Cleeman JI. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *J Am Med Assoc.* 2001;285(19):2486–2497. doi:10.1097/00019048-200106000-00021
9. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Med Assoc.* 2002;287(3):356–359. doi:10.1001/jama.287.3.356
10. Arslan M, Beyhan Z, Bolu E. *Metabolik sendrom kılavuzu*.; 2009.
11. Zimmet P, Alberti KGMM, Serrano Ríos M. A New International Diabetes Federation (IDF) Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome: the Rationale and the Results. *Rev Española Cardiol (English Ed.* 2005;58(12):1371–1375. doi:10.1016/s1885-5857(06)60742-1
12. IDF International Diabetes Federation. *The IDF consensus worldwide definition of the METABOLIC SYNDROME*. C 8th.; 2017. doi:10.1159/000282084
13. Scuteri A, Laurent S, Cucca F, vd. THE METABOLIC SYNDROME ACROSS

- EUROPE-DIFFERENT CLUSTERS OF RISK FACTORS Metabolic syndrome and Arteries REsearch (MARE) Consortium HHS Public Access. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(4):486–491. doi:10.1177/2047487314525529
14. Balkan F. Metabolik Sendrom . Ankara Medical Journal 2013; 13(2):85-90. 2013;13(2):85–90.
 15. Cameron AJ, Shaw JE, Zimmet PZ. The metabolic syndrome: Prevalence in worldwide populations. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2004;33(2):351–375. doi:10.1016/j.ecl.2004.03.005
 16. Moore JX, Chaudhary N, Akinyemiju T. Metabolic syndrome prevalence by race/ethnicity and sex in the united states, national health and nutrition examination survey, 1988-2012. *Prev Chronic Dis*. 2017;14(3):1–16. doi:10.5888/pcd14.160287
 17. Ford ES, Giles WH, Mokdad AH. Increasing prevalence of the metabolic syndrome among U.S. adults. *Diabetes Care*. 2004;27(10):2444–2449. doi:10.2337/diacare.27.10.2444
 18. Abaci A, Kiliçkap M, Göksülük H, vd. Data on prevalence of metabolic syndrome in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2018;46(7):591–601. doi:10.5543/tkda.2018.00878
 19. Aytekin O. METABOLİK Sendrom. *Ankara Med J* . 2013;13(2):85–90. <http://metsend.org/upload/26199-metaboliksendromtedavipdf.pdf>.
 20. Onat A, Can G. *Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı.*; 2017. <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>.
 21. Gören B, Fen T. Metabolik sendrom. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2008;18(SUPPL. 2):686–696.
 22. Topal T, Korkmaz A. Metabolik sendrom. *Sendrom*. 2007;19(12):37–45. doi:10.18827/etad.39309
 23. de Almeida MDV, Pinhão S, Stewart-Knox B, Parr HJ, Gibney MJ. An overview of findings from a six-country European survey on consumer attitudes to the metabolic syndrome, genetics in nutrition, and potential agro-food technologies. *Nutr Bull*. 2006;31(3):239–246. doi:10.1111/j.1467-3010.2006.00576.x
 24. Moreno LA, González-Gross M, Kersting M, vd. Assessing, understanding and modifying nutritional status, eating habits and physical activity in European adolescents: The HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr*. 2008;11(3):288–299. doi:10.1017/S1368980007000535

25. Bozbaş H. Metabolik sendrom: Önemi ve önlenmesi. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2010;10(2):120. doi:10.5152/akd.2010.034
26. Wennberg M, Gustafsson PE, Wennberg P, Hammarström A. Poor breakfast habits in adolescence predict the metabolic syndrome in adulthood. *Public Health Nutr.* 2015;18(1):122–129. doi:10.1017/S1368980013003509
27. Piotrowicz K, Pałkowska E, Bartnikowska E, vd. Self-reported health-related behaviors and dietary habits in patients with metabolic syndrome. *Cardiol J.* 2015;22(4):413–420. doi:10.5603/CJ.a2015.0020
28. Lagarrigue A, Ajana S, Capuron L, Féart C, Moisan MP. Obesity in French inmates: Gender differences and relationship with mood, eating behavior and physical activity. *PLoS One.* 2017;12(1):1–14. doi:10.1371/journal.pone.0170413
29. Hood MM, Reutrakul S, Crowley SJ. Night eating in patients with type 2 diabetes. Associations with glycemic control, eating patterns, sleep, and mood. *Appetite.* 2014;79:91–96. doi:10.1016/j.appet.2014.04.009
30. Yoshida J, Eguchi E, Nagaoka K, Ito T, Ogino K. Association of night eating habits with metabolic syndrome and its components: A longitudinal study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1–12. doi:10.1186/s12889-018-6262-3
31. Nieto-Martínez R, González-Rivas JP, Medina-Inojosa JR, Florez H. Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Diab Rep.* 2017;17(12). doi:10.1007/s11892-017-0949-1
32. RANDOLPH TG. The descriptive features of food addiction; addictive eating and drinking. *Q J Stud Alcohol.* 1956;17(2):198–224.
33. Dimitrijević I, Popović N, Sabljak V, Škodrić-Trifunović V, Dimitrijević N. Food addiction-diagnosis and treatment. *Psychiatr Danub.* 2015;27(1):101–106.
34. Brewerton TD. Food addiction as a proxy for eating disorder and obesity severity, trauma history, PTSD symptoms, and comorbidity. *Eat Weight Disord.* 2017;22(2):241–247. doi:10.1007/s40519-016-0355-8
35. O'Doherty JP, Deichmann R, Critchley HD, Dolan RJ. Neural responses during anticipation of a primary taste reward. *Neuron.* 2002;33(5):815–826. doi:10.1016/S0896-6273(02)00603-7
36. Lindgren E, Gray K, Miller G, vd. Food addiction: A common neurobiological mechanism with drug abuse. *Front Biosci - Landmark.* 2018;23(5):811–836. doi:10.2741/4618
37. Avena NM, Gold MS. Food and addiction - sugars, fats and hedonic overeating.

- Addiction*. 2011;106(7):1214–1215. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03373.x
38. Saper CB, Chou TC, Elmquist JK. The need to feed: Homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron*. 2002;36(2):199–211. doi:10.1016/S0896-6273(02)00969-8
 39. Liang NC, Hajnal A, Norgren R. Sham feeding corn oil increases accumbens dopamine in the rat. *Am J Physiol - Regul Integr Comp Physiol*. 2006;291(5):1236–1239. doi:10.1152/ajpregu.00226.2006
 40. Avena, Nicole M. Rada Pedro HBG. Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008;32(1):20–39. doi:10.1079/9781780640402.0567
 41. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal Yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Derg*. 2018;27(1):70–82. doi:10.17827/aktd.336860
 42. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. 2008;50(1):1–11. doi:10.1016/j.appet.2007.07.002
 43. Sevincer GM, Konuk N. Emosyonel Yeme. *J Mood Disord*. 2013;3(3):171–178. doi:10.5455/jmood.20130926052526
 44. Sominsky L, Spencer SJ. Eating behavior and stress: A pathway to obesity. *Front Psychol*. 2014;5(MAY):1–8. doi:10.3389/fpsyg.2014.00434
 45. Yau YHC, Potenza MN. Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinol*. 2013;38(3):255–267. doi:10.3410/B2-13
 46. Rutters F, Nieuwenhuizen AG, Lemmens SGT, Born JM, Westerterp-Plantenga MS. Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. *Obesity*. 2009;17(1):72–77. doi:10.1038/oby.2008.493
 47. Ruderman AJ. Obesity, anxiety, and food consumption. *Addict Behav*. 1983;8(3):235–242. doi:10.1016/0306-4603(83)90018-7
 48. Bruch H. Obesity in childhood and personality development. 1941 [classical article] [see comments]. *Obes Res*. 1997;5(2):157–161.
 49. Schachter S. Obesity and Eating. *Science (80-)*. 1968;161(3843):751 LP – 756. doi:10.1126/science.161.3843.751
 50. Stunkard AJ, Wadden TA. Restrained Eating and Human Obesity. *Nutr Rev*. 1990;48(2):78–86. doi:10.1111/j.1753-4887.1990.tb02909.x
 51. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull*. 1991;110(1):86–108. doi:10.1037/0033-2909.110.1.86
 52. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res*.

- 1996;41(6):561–568. doi:10.1016/S0022-3999(96)00224-3
53. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları- Night Eating Disorders. 2009;1:132–154.
 54. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome. A pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med.* 1955;19(1):78–86. doi:10.1016/0002-9343(55)90276-x
 55. Birketvedt GS, Bilker W. Behavioral and Neuroendocrine. *Jama.* 1999;282(7):657–663. doi:10.1001/jama.282.7.657
 56. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, vd. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord.* 2010;43(3):241–247. doi:10.1002/eat.20693
 57. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders Fifth Edition DSM-5.*; 2013. doi:10.1016/S0031-9422(00)86656-X
 58. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition highlights and modifications. *Chest.* 2014;146(5):1387–1394. doi:10.1378/chest.14-0970
 59. Allison KC, Spaeth A, Hopkins CM. Sleep and Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(10):1–8. doi:10.1007/s11920-016-0728-8
 60. Tuncel D, Orhan FÖ. Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri. *Curr approaches psychiatry.* 2009;1:280–297.
 61. Inoue Y. Sleep-related eating disorder and its associated conditions. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;69(6):309–320. doi:10.1111/pcn.12263
 62. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci.* 2018;1411(1):96–105. doi:10.1111/nyas.13467
 63. Calugi S, Dalle Grave R, Marchesini G. Night eating syndrome in class II-III obesity: Metabolic and psychopathological features. *Int J Obes.* 2009;33(8):899–904. doi:10.1038/ijo.2009.105
 64. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: Association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes.* 2007;31(11):1722–1730. doi:10.1038/sj.ijo.0803664
 65. Lundgren JD, Allison KC, Crow S, vd. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *Am J Psychiatry.* 2006;163(1):156–158. doi:10.1176/appi.ajp.163.1.156
 66. Rand CSW, Macgregor AMC, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord.*

- 1997;22(1):65–69. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1<65::AID-EAT8>3.0.CO;2-0
67. Vander Wal JS. Night eating syndrome: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(1):49–59. doi:10.1016/j.cpr.2011.11.001
68. Gottlieb Daniel J, Patel Sanjay R, Malhotra Atul, White david p hu frank b. Association between Reduced Sleep and Weight Gain in Women. *Am J Epidemiol.* 2006;947–954. doi:10.1038/jid.2014.371
69. Knutson Kristen L, Spiegel Karine, Penev Plamen CE Van. The Metabolic Consequences of Sleep Deprivation. *Sleep Med Rev.* 2007:163–178. doi:10.1038/jid.2014.371
70. Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-albala B, vd. Sleep Duration as a Risk Factor for Diabetes Incidence in a Large US Sample James. 2007.
71. Takama N, Kurabayashi M. Influence of Untreated Sleep-Disordered Breathing on the Long-Term Prognosis of Patients With Cardiovascular Disease. *Am J Cardiol.* 2009;103(5):730–734. doi:10.1016/j.amjcard.2008.10.035
72. Nolan LJ, Geliebter A. Night eating is associated with emotional and external eating in college students. *Eat Behav.* 2012;13(3):202–206. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.02.002
73. Psikonöroimmunoendokrinoloji Psikosomatik İleti Ağı | Makale | Türkiye Klinikleri. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-psikonoroimmunoendokrinoloji-psikosomatik-ileti-agi-52528.html>. Erişim Aralık 4, 2019.
74. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition.* 2007;23(11–12):887–894. doi:10.1016/j.nut.2007.08.008
75. Chan M. Global status report on noncommunicable diseases. *World Heal Organ.* 2010.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Beslenme Rehberi 2015*. 2. Baskı. (Pekcan AG, ed.); 2015.
77. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, vd. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. 2012;6(1):13–21.
78. Kroese FM, de Ridder DTD. Health behaviour procrastination: a novel reasoned route towards self-regulatory failure. *Health Psychol Rev.* 2016;10(3):313–325. doi:10.1080/17437199.2015.1116019
79. Obezite Nasıl Saptanır. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>. Erişim Aralık 8, 2019.
80. Ersoy G, Akyol A, Pelin B. *FİZİKSEL AKTİVİTE, BESLENME VE SAĞLIKLI YAŞAM*; 2012.

81. First MB. Structured Clinical Interview for the *DSM* (SCID). İçinde: *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2015:1–6. doi:10.1002/9781118625392.wbecp351
82. APA - The Structured Clinical Interview for DSM-5®. <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>. Erişim Kasım 20, 2019.
83. Elbir M, Bayad S ATÖ. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatr Derg*. 2019;30(1):51–56.
84. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*. 1994;16(4):363–370. doi:10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
85. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dugor BP, Yavuz AE, Berk OS. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev*. 2011;19(6):509–511. doi:10.1002/erv.1104
86. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. 2009;52(2):430–436. doi:10.1016/j.appet.2008.12.003
87. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Food addiction: An examination of the diagnostic criteria for dependence. *J Addict Med*. 2009;3(1):1–7. doi:10.1097/ADM.0b013e318193c993
88. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2012;45(5):657–663. doi:10.1002/eat.20957
89. Burmeister JM, Hinman N, Koball A, Hoffmann DA, Carels RA. Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite*. 2013;60(1):103–110. doi:10.1016/j.appet.2012.09.013
90. Gearhardt AN, Corbin WR, Kelly D. Instrument Title : Instrument Author : Yale Food Addiction Scale (YFAS) Cite instrument as : Ashley N . Gearhardt , William R . Corbin , Kelly D . Brownell . (2012) . Yale Food Addiction Scale (YFAS) . Measurement Instrument Database for the Social . 2012.
91. Bayraktar F, Erkman F, Kurtuluş E. Adaptation Study of Yale Food Addiction Scale. 2012;22:2012.
92. Sevinçer GM, Konuk N, Bozkurt S, Saraçlı Ö, Coşkun H. Bariatrik cerrahi hasta grubunda Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri.

- Anadolu Psikiyatr Derg.* 2015;16(September):44–53. doi:10.5455/apd.174345
93. van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord.* 1986;5(2):295–315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T
94. Bozan Nuray. Hollanda yeme davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması. 2009.
95. Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *J Consult Clin Psychol.* 1978;46(5):932–946. doi:10.1037/0022-006X.46.5.932
96. Bilgiç S. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ve Akut Stres Bozukluğu İle Uyum Bozukluğunun Klinik Açısından Karşılaştırılması. 2011.
97. HOCAOĞLU UZUNKAYA A. BİR STRES TÜRÜ OLARAK KRONİK AĞRI VE SAĞLIK SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİDE AĞRIYLA BAŞETME STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ: ÖZETKİNLİK İNANÇLARININ ROLÜ. 2019.
98. Walker, S.N. and Hill-Polerecky, D.M. (1996) Psychometric Evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Centre, Omaha. - References - Scientific Research Publishing. [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1372571](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1372571). Erişim Kasım 21, 2019.
99. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* 1987;36(2):76–81. doi:10.1097/00006199-198703000-00002
100. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2008;12(1):1–13. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/saglikli-yasam-bicimi-davranislari-olcegi-ii-toad.pdf>.
101. Garawi F, Devries K, Thorogood N, Uauy R. Global differences between women and men in the prevalence of obesity: Is there an association with gender inequality? *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(10):1101–1106. doi:10.1038/ejcn.2014.86
102. Marques A, Peralta M, Naia A, Loureiro N, De Matos MG. Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *Eur J Public Health.* 2018;28(2):295–300. doi:10.1093/eurpub/ckx143
103. Erem C, Hacıhasanoglu A, Deger O, Kocak M, Topbas M. Prevalence of dyslipidemia

- and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon lipid study. *Endocrine*. 2008;34(1–3):36–51. doi:10.1007/s12020-008-9100-z
104. Hu X, Yu W, Yang L, vd. The association between first-degree family history of diabetes and metabolic syndrome. *Endocr Pract*. 2019;25(7):678–683. doi:10.4158/EP-2018-0543
 105. Blüher M. The distinction of metabolically “healthy” from “unhealthy” obese individuals. *Curr Opin Lipidol*. 2010;21(1):38–43. doi:10.1097/MOL.0b013e3283346ccc
 106. Lanktree MB, Hegele RA. Metabolic Syndrome. İçinde: *Genomic and Precision Medicine: Primary Care: Third Edition*. ; 2017. doi:10.1016/B978-0-12-800685-6.00015-1
 107. Nordestgaard AT, Thomsen M, Nordestgaard BG. Coffee intake and risk of obesity, metabolic syndrome and type 2 diabetes: A Mendelian randomization study. *Int J Epidemiol*. 2015;44(2):551–565. doi:10.1093/ije/dyv083
 108. Baspinar B, Eskici G, Ozcelik AO. How coffee affects metabolic syndrome and its components. *Food Funct*. 2017;8(6):2089–2101. doi:10.1039/c7fo00388a
 109. Yamagata K. Do coffee polyphenols have a preventive action on metabolic syndrome associated endothelial dysfunctions? An assessment of the current evidence. *Antioxidants*. 2018;7(2). doi:10.3390/antiox7020026
 110. Susan L. McElroy, Mark A. Frye, Trisha Suppes, Dawn Dhavale, Paul E. Keck, Gabriele S. Leverich, Lori Altshuler, Kirk D. Denicoff, Willem A. Nolen, Ralph Kupka, Heinz Grunze, Jörg Walden and RMP. Correlates of Overweight and Obesity in 644 Patients With Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*. <https://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2002/v63n03/v63n0306.aspx>. Published 2002. Erişim Ocak 22, 2020.
 111. Buralassi A, Ramacciotti CE, Bianchi M, vd. Caffeine consumption among eating disorder patients: epidemiology, motivations, and potential of abuse. *Eat Weight Disord*. 2009;14(4):e212-8. doi:10.1007/bf03325119
 112. Chesler BE. Emotional eating: A virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *Sci World J*. 2012;2012. doi:10.1100/2012/365961
 113. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eat Behav*. 2003;3(4):341–347. doi:10.1016/S1471-0153(02)00100-9
 114. Fletcher PC, Kenny PJ. Food addiction: a valid concept? *Neuropsychopharmacology*.

- 2018;43(13):2506–2513. doi:10.1038/s41386-018-0203-9
115. Yahia N, Brown C, Potter S, vd. Night eating syndrome and its association with weight status, physical activity, eating habits, smoking status, and sleep patterns among college students. *Eat Weight Disord.* 2017;22(3):421–433. doi:10.1007/s40519-017-0403-z
116. Sarisoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2013;14(1):53–61. doi:10.5455/apd.34469
117. Leone A, Bedogni G, Ponissi V, vd. Contribution of binge eating behaviour to cardiometabolic risk factors in subjects starting a weight loss or maintenance programme. *Br J Nutr.* 2016;116(11):1984–1992. doi:10.1017/S0007114516004141
118. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: A literature review. *Obes Rev.* 2014;15(6):453–461. doi:10.1111/obr.12156
119. Konttinen H. *Dietary habits and obesity: the role of emotional and cognitive factors.*; 2012.
120. Elif Ergüney Okumuş F, Özlem Sertel Berk H, Yücel B, Yeme Bozuklukları Ö. Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu ve Yordayıcıları, The Predictors And Role Of Treatment Motivation In Eating Disorders. 2016. <http://dergipark.gov.tr/iupcd>.
121. Martín-Mariscal V. A systematic review and narrative synthesis of interventions for uncomplicated obesity: weight loss, well-being and impact on eating disorder. *Enferm Clin.* 2018;28(3):212–213. doi:10.1016/j.enfcli.2017.08.004
122. Hamburger WW. Emotional aspects of obesity. *Obes Res.* 1997;5(2):162–171. doi:10.1002/j.1550-8528.1997.tb00658.x
123. Ferrario CR. Food Addiction and Obesity. *Neuropsychopharmacology.* 2017;42(1):361–362. doi:10.1038/npp.2016.221
124. Güzel S. TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE YAŞAM KALİTE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ. 2014. doi:10.4324/9781315853178
125. Üstünsoy ZS, Altuntaş Y, Karamustafalıoğlu KO, Şengül A ÇN. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Yeme Bozuklukları ve Bozulmuş Yeme Davranışı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilim Derg.* 2008;21:24–31.
126. Willoughby K, Watkins B, Beumont P, Maguire S, Lask B, Waller G. Links between body mass index, total body fat, cholesterol, high-density lipoprotein, and insulin

- sensitivity in patients with obesity related to depression, anger, and anxiety. *Int J Eat Disord.* 2002;32(1):58–71. doi:10.1002/eat.10063
127. Mensorio MS, Cebolla A, Lisón JF, vd. Emotional eating as a mediator between anxiety and cholesterol in population with overweight and hypertension. *Psychol Heal Med.* 2017;22(8):911–918. doi:10.1080/13548506.2016.1271134
 128. Tai ES, Emmanuel SC, Chew SK, Tan BY, Tan CE. Isolated low HDL cholesterol: An insulin-resistant state only in the presence of fasting hypertriglyceridemia. *Diabetes.* 1999;48(5):1088–1092. doi:10.2337/diabetes.48.5.1088
 129. Salazar MR, Carbajal HA, Espeche WG, vd. Use of the triglyceride/high-density lipoprotein cholesterol ratio to identify cardiometabolic risk: Impact of obesity? *J Investig Med.* 2017;65(2):323–327. doi:10.1136/jim-2016-000248
 130. Kosmas CE, Martinez I, Sourlas A, vd. High-density lipoprotein (HDL) functionality and its relevance to atherosclerotic cardiovascular disease. *Drugs Context.* 2018;7. doi:10.7573/dic.212525
 131. Tan C, Sasagawa Y, Kamo K ichi, vd. Evaluation of the Japanese Metabolic Syndrome Risk Score (JAMRISC): a newly developed questionnaire used as a screening tool for diagnosing metabolic syndrome and insulin resistance in Japan. *Environ Health Prev Med.* 2016;21(6):470–479. doi:10.1007/s12199-016-0568-5
 132. Çalışır S, Çalışır A, Arslan M, İnanlı İ, Çalışkan AM, Eren İ. Assessment of depressive symptoms, self-esteem, and eating psychopathology after laparoscopic sleeve gastrectomy: 1-year follow-up and comparison with healthy controls. *Eat Weight Disord.* 2019. doi:10.1007/s40519-019-00785-7