



Derleme

Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları

Yeliz Serin,¹ Nevin Şanlıer²

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara

²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Duygusal yeme; açlık hissi nedeniyle veya öğün zamanı geldiği için ya da sosyal gereklilik olduğu için değil sadece duygulanıma cevaben ortaya çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak tanımlanmaktadır. Hormonlar, nörotransmitterler vb. nöropsikolojik etkenlerle beraber homeostazi sağlayan pek çok metabolik yolak ve hedonik sistemlerle yeme davranışı regüle edilebilmektedir. Belirli bir besine ya da maddeye karşı bağımlılığı ve/veya eğilimi olan kişilerde karakteristik olarak dopamin (DA) yetersizliği olabileceği görüşü mevcuttur. Duygusal ve kontrolsüz yeme davranışları bireylerin tekrarlayan vücut ağırlığı kazanımı için önemli bir risk faktörüdür. Duyguların yemek yeme işlevi, besin seçimi, besinin tüketim miktarı üzerinde etkili ve önemli bir faktör olduğu bilinmesine rağmen beslenme davranışını hangi yönde etkilediği konusunda net bir ilişki ortaya koyulamamıştır. Bu nedenle; bu derleme çalışmasında duygusal yeme ile ilişkili çeşitli kuramlardan, duyguların besin alımına etkisinden ve besin alımını etkileyen diğer faktörlerden (örn. hastalıklar, doğal afet, menstruasyon..vb), duygusal yeme davranışını saptamaya yönelik geliştirilen ölçeklerden ve yeme bozukluğu tedavisinde hemşirelerin temel sorumluluklarından söz edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Beslenme davranışı; duygudurum, hemşirelik bakımı; yeme alışkanlığı; yeme bozuklukları.

Duygusal yeme birtakım duygu durumlarına yanıt olarak meydana gelen bir yeme davranışı eğilimi olarak ifade edilmektedir. Normalde anksiyete, kızgınlık, depresyon vb. duygu durumları iştah azalmasına neden olurken duygusal yeme davranışı sergileyen kişiler benzer duygu durumlarında aşırı bir yeme davranışı gösterebilmektedir. Önceleri duygusal yeme, aşırı yeme davranışı gösteren bireylerle ilişkilendirilirken günümüzde diyet yapanlarda da duygusal yeme davranışı olabileceği ileri sürülmektedir.^[1] Yemek yeme davranışını etkileyen pek çok faktör vardır. Ancak duyguların yemek yemeyi nasıl etkilediğini tahmin etmek zordur.^[2] Duyguların durumuna göre ya da bireyin karakteristik özelliklerine göre yemek yeme ve duygular arasındaki ilişki değişiklik gösterebilir.^[3] Fiziksel açlık ve duygusal açlık belirtileri birbirinden farklıdır. Fiziksel açlık durumunda bireyin midesinde bir kazinma, burukluk olmakta ve kan şekeri düşebilmektedir. Birey doyunluğa yedikçe ulaşmaktadır. Açlığı giderme davranışı,

duygusal yeme davranışı olan bireyden farklıdır. Örneğin birey meyve, sebze vb. gibi enerji içeriği düşük bir besin veya atıştırma malikarla açlığını giderebilir. Duygusal açlıkta ise tam tersi bir durum söz konusudur. Duygusal açlık aniden başlamakta ve fiziksel belirti vermemektedir. Birey ne bulursa onu yemek ve daha çok enerji değeri yüksek besinleri tercih etmektedir.^[4,5] Geçmişten günümüze kadar duygusal durumun yeme davranışı üzerine etkisini irdeleyen pek çok farklı hipotez ileri sürülmüş^[3,6-8] ve duygusal yeme davranışını saptamak için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.^[9-13]

Yeme bozukluğu davranışlarının tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Literatür incelendiğinde, psikiyatri hemşirelerinin daha çok yeme tutum davranışlarını inceleyen tanımlayıcı çalışmalar yaptığı, ancak klinik ortamda doğrudan bireye müdahaleyi içeren çalışmaların olmadığı saptanmıştır. Bu derleme çalışmasında, duygusal yeme davranışı ile ilişkili kuramlar ile besin alımını etkileyen faktörler ayrıntılı bir şekilde



ele alınarak, yeme bozukluğunun tanımlanmasında kullanılan temel ölçekler ve tanı alan bireylere yönelik hemşire meslek grubunun temel sorumlulukları vurgulanmıştır.

Duygular ve Yeme Davranışı ile İlgili Teoriler

Yeme davranışı ve duyguları değerlendiren farklı teoriler bulunmaktadır. Bu teorilerden biri olan psikosomatik teorisine (1973) göre aşırı yeme yanlış açlık farkındalığı ile ilişkilendirilmektedir. Bu teori kapsamındaki bireyler ne açlıklarını ne de tokluklarını anlayamamaktadırlar. Bireyler iştah gibi içsel uyarılara ya da açlık ve tokluk hislerine cevap olarak değil emosyonlarına cevap olarak yemek yemektedir. Bu bireylerde açlık farkındalığı ile ilgili doğru içsel programlama dürtüsü olmadığından ne zaman ve ne kadar yiyeceklerini anlamak için dışsal birtakım sinyallere ihtiyaç duyarlar.^[3]

Kaplan'ın^[6] (1957) obezite teorisine göre obez bireyler gergin ve sıkıntılı olduklarında anksiyetelerini azaltmak için aşırı besin tüketmek istemektedirler. Obezler açlık hissi ve anksiyeteyi birbirinden ayırt edemezler ve açlığa cevap olarak yedikleri gibi anksiyeteye cevap olarak da yemek yeme davranışını öğrenmişlerdir.

Schachter'in^[7] (1968) içsel dışsal teorisine göre korku ve anksiyetenin fizyolojik belirtileri normal vücut ağırlığındaki bireylerde besin tüketiminde azalmaya neden olurken, obez bireylerde içsel uyarılara bir duyarsızlık söz konusu olduğundan dolayı bu durum gerçekleşmemektedir. Dışsal yeme teorisinde psikosomatik teorideki gibi bireyler kendi içsel açlık ve tokluklarına duyarlı değildirler. Dışsal yeme teorisini psikosomatik teoriden ayıran en önemli farklılık, yeme olayının yeniden başlama nedeni olmasıdır. Dışsal yeme tutumunda olan bireylerin yemek algısı sadece besinle aynı ortamda iken mevcuttur. Besinin kokusu veya görünüşü gibi özelliklerinden etkilendikleri için aşırı yemek yerler, onun haricindeki durumlarda yemek odaklı bir algıları yoktur.^[14]

Lowe ve ark.^[8] (2007) tarafından geliştirilen kısıtlama teorisinin temelini, besinlere karşı aşırı yeme arzusu ve bu arzuya karşı gösterilen bilişsel kısıtlama çabası oluşturmaktadır. Bu davranışı sergileyenler sürekli çok yediklerinden yakınmakta ve şişman olmaktan kaçınmak için sürekli yeme davranışlarını kısıtlama yoluna gitmektedirler. Buradaki kısıtlama kişinin yeme sırasında ihtiyacı kadar olan besini almaya yönelik bir kısıtlama değil, yemek istediği miktarın altında yemeye yönelik bir çaba göstererek yaptığı kısıtlamadır. Normal ağırlıktaki bireylerin kısıtlayıcı davranışlarının vücut ağırlıklarını kaybetmekten çok vücut ağırlıklarını koruma amaçlı olduğu ileri sürülmektedir. Uzun süre devam eden kısıtlayıcı yeme davranışı bir süre sonunda kısıtlamanın ortadan kalkmasına neden olarak aşırı yeme ataklarına dönüşebilmektedir.^[15] Bu durum daha çok vücut ağırlığını korumak isteyen ya da vücut ağırlığı artışını engellemek amacıyla günlük tükettikleri enerjide kısıtlama yapan bireylerde gözlenen bir beslenme davranışı modelidir. Kısıtlayıcı tarzda yiyenlerin oto kontrolü bazı durumlarda (anksiyete, depresyon vb.) geçici olarak bozulabilmektedir.^[16] Kısıtlayıcı yeme davranışı içinde olan bireyler olmayanlara

göre stres anında hiperfajiye daha fazla eğilimli olabilmektedirler.^[17] Kaçış teorisinde ise duygusal aşırı yemenin olumsuz farkındalık yaratan ortamlardan bir kaçış mekanizması olarak kullanıldığı ileri sürülmektedir.^[17,18]

Yeme ve Duygular Arasındaki Nöropsikolojik Mekanizmalar

Yeme davranışı, hormonlar, nörotransmitterler gibi nöropsikolojik maddelerle beraber homeostazı sağlayan pek çok metabolik yolak ve hedonik sistemler aracılığıyla regüle edilmektedir.^[15] Saper ve ark.^[19] (2002) yeme sistemlerinin homeostatik ve hedonik sistemler olmak üzere iki farklı sistemle düzenlendiğini tanımlamışlar ve beslenmenin sadece homeostatik sistemler tarafından kontrol edilmesi halinde herkesin ideal ağırlıkta olacağını savunmuşlardır.^[20]

Hedonik yeme, kişinin lezzetli yiyeceklere karşı konulmaz derecede istek duyması ve bunları tüketmekten fazlaca zevk alma durumu sonucu yemesidir.^[21] Besinin yeterli ve dengeli enerji ve besin öğeleri içermesi bu beslenme davranışına sahip olan bireyler için öncelikli tercih sebebi değildir. Hedonik yeme eğiliminde olanların yiyecek tercihleri genellikle bireyin damak zevkine uyacak ve zevk vererek onu mutlu edecek yemekler olma özelliği taşımaktadır.^[22]

Belli bir maddeye veya besine karşı bağımlılığı olan kişilerde karakteristik olarak dopamin yetersizliği olabileceği öne sürülmektedir.^[23] Davis ve ark.nın^[24] (2008) yaptığı bir çalışmada, obez bireylerde, aşırı yemenin beynin azalmış hücre dışı dopamin düzeylerini arttırmak için bulunduğu bir telafi mekanizması olduğu belirtilmektedir. Dopamin yetersizliği olan bireylerde lezzetli besinleri aşırı miktarda tüketmek biyolojik olarak dopamin aktivasyonunu arttırmak için alternatif bir metabolik yoldur. Dopamin yetersizliği olan bireyler mutlu hissetmek için bu eksikliklerini dışarıdan kapama eğiliminde ve bağımlı olma yatkinliğindedir.^[25] Özellikle ödüle duyarlılığı yüksek olan bireylerin besin tercihlerini yüksek yağlı besinler ve tatlılar oluşturmaktadır.^[21] Benzer şekilde yapılan hayvan çalışmaları da bu sonucu desteklemektedir. Bu çalışmalarda saptanan ortak bulgu lezzetli yiyeceklerin (sükroz ve glikozdan zengin) tüketilmesi sonucunda beyin ödül sisteminin etkinleştiği yönündedir.^[26,27] Şeker ve yağ içeriği zengin karışımların tüketilmesi dopamin ve opioid salınımını artıran bir beslenme davranışı mekanizmasıdır.^[28]

Duyguların Yeme Davranışı Üzerine Etkileri

Duyguların yeme davranışını hangi yönde etkilediği konusunda farklı görüşler mevcuttur. Örneğin, negatif duygu durumlarının yüksek besin alımıyla ne derece ilişkili olduklarını araştıran bir çalışmada mutluluk haline kıyasla üzgün duygu durumunun besin alımını daha çok tetiklediği tespit edilmiştir.^[29] Normal vücut ağırlığındaki sağlıklı bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise pozitif duyguların besin alımını tetiklemeye etkili olduğu saptanmıştır.^[30] Pozitif duygu durumları genel olarak bireyin temel ihtiyaçları (güvenlik, sevgi, toplum-

sal aidiyet), etkili duygusal yönetim (kişinin kendi ihtiyaçları ile iletişim kurma yeteneği, bilgi birikimini artırma yeni deneyimlere açık olma, eğlenceli etkinliklere ilgi ve katılım vb.), çevreye uyum yeteneği (insan ilişkileri, olumlu tutum ve davranışlar) ile ilişkilidir. Pozitif duygular kategorisinde mutluluk, minnettarlık, sevinç, coşku, gurur, iyimserlik, sağlıklı yaşam, duyguları ifade edebilme gibi durumlar yer almaktadır. Negatif duygular ise karşılanmamış ihtiyaçlar, hedeflere ulaşmada engeller (hayal kırıklığı) yetersiz duygusal yönetim kişinin kendi ihtiyaç ve duygularıyla temas halinde olma kapasitesinin düşük olması, işlevsiz bilişler (olumsuz düşünme), tehditkar olarak algılanan hoş olmayan durumlar (gerçek veya hayali tehlike), kayıplar, travmatik olaylar, cezalar ve kısıtlamalar ile ilişkilidir. Negatif duygular kategorisinde üzüntü, cesaret kırılması, hayal kırıklığı, öfke, mutsuzluk, depresyon, pişmanlık, umutsuzluk, yalnızlık, suçluluk hissi, acı, öfke, utanç, tiksinti, kıskançlık, korku, anksiyete, endişe, ajitasyon, stres, panik gibi duygu durumları yer almaktadır.^[31]

Duygusal yeme negatif duygularla başa çıkmada psikolojik bir destek olarak kabul edilmektedir. Bununla beraber, duyguları tanımlamada ya da algılamada zorluk yaşanması tıknırcasına yeme ataklarını tetikleyebilmektedir. Bireyler duygularını yoğun bir şekilde yaşarken, duygularının gerçekte ne anlama geldiğini belirlemede zorlanırlarsa, bu duygu durumu ile baş edemeyeceklerini düşünebilirler. Örneğin "kendimi kötü hissediyorum" cümlesi daha genel bir ifade iken, "kendimi endişeli hissediyorum ve utanç duyuyorum" cümlesinde duygular daha ayrıntılı ifade edilmiştir. Eğer, bireyler duygularını ifade etmekte zorlanırsa, yaşadıkları rahatsızlık verici durumdan, dikkatini besinler aracılığı ile dağıtarak kaçınma davranışı sergileyebilmektedirler.^[32,33]

Yapılan bir çalışmada yüksek enerjili besin alımı üzerinde, beyindeki ödül sistemi ve kortizol hormonunun rolü vurgulanarak stres ve yeme ilişkisi üzerinde, nörobiyolojik mekanizmaların aydınlatılması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca strese bağlı besin alımının artışında ödül sisteminin de anahtar rol oynayabileceği üzerinde durulmaktadır.^[28] Düzenli yeme alışkanlığı olmayan 345 genç birey üzerinde yapılan bir çalışmada, stresin bireylerin açlık tokluk sinyallerine cevap oluşturma yeteneklerini azaltarak yüksek duygusal yeme davranışına eğilim göstermelerine sebep olduğu sonucuna varılmıştır.^[34] Stresin duygusal yeme üzerine etkisinin tartışıldığı bir diğer

yaklaşım ise, "maskeleme hipotezi'dir. Bu hipotez yemenin olumsuz duyguları gizleyebileceğini ileri sürmektedir. Çünkü aşırı doyumun neden olduğu hoşnutsuzlukla baş edebilmek daha ciddi sorunlardan kaynaklanan stresle uğraşmaya göre daha kolaydır.^[35]

Duygusal Yeme Davranışını Belirlemede Kullanılan Bazı Ölçekler

Günümüzde duygusal yeme eğilimi gösteren bireyler ile laboratuvar ortamında araştırma yapmak oldukça zordur. Çünkü bu bireyler genellikle yalnızken ve gözlenmiyorken doğal yemek yeme davranışı sergilemektedirler. Bu nedenle duygusal yemek ile ilgili bilgilerin çoğu klinik gözlemlere dayanır ve normal klinik popülasyonda daha çok anket çalışmaları yapılır.^[36] Duygusal yemeyi ölçmek için çeşitli anketler geliştirilmiştir. Bu konuyla doğrudan ilişkili Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçekler aşağıda ve Tablo 1'de özetlenmiştir.

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (Dutch Eating Behavior Questionnaire DEBQ)

Hollanda yeme davranışı anketi toplamda 33 madde içeren ve 5 puanlı (hiçbir zaman-çok sık) likert ölçeği ile değerlendirilen bir ankettir. Bu anket duygusal yeme davranışlarını (örneğin; biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?), kısıtlayıcı yeme (kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yemeye çalışırsınız?) ve dışsal yeme davranışlarını (yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır.^[9] Bu anketin ülkemizde Türk üniversite öğrencileri üzerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^[37]

Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (Three Factor Eating Questionnaire -TFEQ)

Bu ölçek 1985 yılında Stunkard ve Messic tarafından geliştirilmiştir. TFEQ iki bölüm, 3 alt ölçek ve toplamda 51 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk bölümünde yer alan 36 madde evet/hayır formatında, ikinci bölümde yer alan 14 madde dörtlü likert formatında ve 1 madde ise sekizli likert formatındadır. Alt ölçekler yemenin bilişsel kısıtlamasını (vücut ağırlığını kontrol etmek için bireyin enerji alımının kısıtlanması), bireyin kendini kısıtlayamama/dizginleyememe davranışını (aç olmadığı zamanlarda bile duygusal ya da sosyal olaylar karşısında ye-

Tablo 1. Duygusal yeme davranışını saptamaya yönelik geliştirilen bazı ölçekler

Ölçeğin özgün adı	Türkçe adı	Kapsam	Geçerlilik/güvenilirlik çalışması
Dutch Eating Behavior Questionnaire	Hollanda yeme davranışı anketi Kısıtlayıcı yeme Dışsal yeme	Duygusal yeme	Bozan ve arkadaşları (2009)
Three Factor Eating Questionnaire -TFEQ	Üç faktörlü yeme ölçeği	Genel yeme davranışı	TFEQ-18: Kıracı ve ark. (2015) TFEQ-21: Şeren-Karakuş ve ark. (2016)
Emotional eating scale	Duygusal yeme ölçeği	Yeme isteğini engelleyememe	Bektaş ve ark. (2016)
Mindful eating questionnaire	Yeme farkındalığı ölçeği	Yeme farkındalığı	Köse ve ark. (2016)

meyi durdurmakta ya da karşı koymakta çok zorlanma, karşı koyacak gücü bulamama) ve açlık durumunu (bireyin hissettiği açlığı ve bunun yeme davranışına etkisini) değerlendirmektedir.^[10] Ölçeğin 18 ve 21 maddelik versiyonları (TFEQ-R18 ve TFEQ-R21) çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır.^[38,39] Ölçeğin 18 maddelik versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kıraç ve arkadaşları (2015) tarafından, üç faktörlü yeme ölçeğinden revize edilen 21 maddelik TFEQ-R21'in Türk kültürüne uyarlanması ise Şeren-Karakuş ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır.^[40,41]

Duygusal İştah Anketi (Emotional Eating Scale-EES)

Duygusal yemek yemeyle ilgili herhangi bir kesme puanı olmayan bu ölçek ilk olarak Nolan ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. Duygusal iştah anketi daha çok hangi duygularda (olumlu/olumsuz 14 madde) ve durumlarda (olumlu/olumsuz 8 madde) duygusal yemek yemenin oluşabileceğini değerlendirmektedir. Ölçekte katılımcılar her bir maddedeki ifadelerin iştahlarını etkileme düzeyini daha az (1-4), aynı (5) ve daha fazla (6-9) şeklinde puanlamaktadırlar.^[11] Demirel ve ark.^[36] (2014) tarafından bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Yeme Farkındalığı Ölçeği (Mindful Eating Questionnaire)

Framson ve ark.^[12] (2009) tarafından geliştirilen bu ölçek 4'lü likert tipte olup toplamda 28 soru ve 5 alt ölçek içermektedir. Bu ölçek ile yeme davranışı ve duygusal durum arasında ilişkilendirme dikkatlice sorgulanabilmektedir. Yeme farkındalığı ölçeği, ne yenildiğinden çok, nasıl ve neden yeme davranışının oluştuğunu araştırmaya yönelik olarak geliştirilen bir ölçektir. Köse ve ark.^[42] (2016) tarafından bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Duygusal Yeme Ölçeği (Emotional Eating Scale)

Tanofsky-Kraff ve ark.^[13] (2007) tarafından geliştirilen bu ölçeğin amacı çocuk ve adolesan yaş grubunda duygusal yeme davranışını değerlendirmektir. Duygusal yeme ölçeği likert tipte (1-5), toplamda 25 soru ve 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Bektas ve ark.^[43] (2016) tarafından bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Menstrual Döngü ve Duygusal Yeme İlişkisi

Ovaryum hormonları, aşırı yeme ya da yeme bozuklukları etiyolojisinde rol oynayan bir dizi biyolojik faktördür. Orta luteal faz boyunca duygusal yeme davranışı yüksek progesteron ve östrodiol seviyeleri ile ilişkili olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada kadınlarda 45 günlük menstrual döngü boyunca vücut ağırlığındaki dalgalanmaların en fazla premenstrual (-3.gün) ve menstrual dönemde (+2 ile +5. gün arası) olduğu tespit edilmiştir. Ancak menstrual döngü boyunca duygu durumuyla ovaryum hormonları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bildirilmektedir.^[30]

Vücut ağırlığı kazanımında duygusal faktörlerin mi ovaryum hormonlarının mı daha etkili bir faktör olduğu konusunda hâlâ net bilgilere ulaşılamamış ve bu konuda farklı görüşler ortaya atılmıştır. Bir çalışmada menstrual döngü sırasında vücut ağırlığı değişimi ile ilişkili kaygı yaşayan kadınlarda duygusal yeme ataklarının tetiklendiği belirlenmiştir.^[44] Farklı çalışmalarda bu atakların özellikle kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren veya yeme atağı sonrası suçluluk duygusu gelişen kadınlarda daha yüksek düzeyde olduğu rapor edilmiştir.^[45-47] Menstrual döngü sırasında meydana gelen psikolojik, hormonal, fizyolojik ve biyolojik değişiklikler kadınlarda vücut ağırlığı değişim kaygısını arttırmaktadır. Altta yatan sebepler tartışıldığında; menstrual döngü sırasında orta luteal faz boyunca artan progesteron ve östrodiol seviyelerinin duygusal yeme atakları ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır.^[48] Bunun yanı sıra, menstrual döngü sürecinde meydana gelen ödem, sıvı tutulumu gibi fizyolojik faktörler de vücut ağırlığı artışına neden olabilmekte ve bu durum kadınların kaygı düzeyini artırabilmektedir.^[49] Ayrıca boylamsal çalışmalar menstrual döngünün luteal fazında leptin seviyelerinin en yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymuştur.^[50] Leptin düzeylerinin yüksek olması bireyleri stres kaynaklı yeme davranışına yatkın hale getirebilmektedir.^[51]

Doğal Bir Afetten Sonra Duygusal Yeme

Duygusal yeme, daha çok stres durumuna yanıt oluşturma davranışı olarak varsayılmaktadır. Özellikle doğal felaket sonrası strese yüksek maruziyet olması yeme davranışını etkileyebilmektedir. Yüz beş orta yaşta kadının dahil olduğu ortalama 2 yılı kapsayan kesitsel bir çalışmada, kadınların depresyon öncesi ve sonrası yeme davranışları araştırılmış ve yüksek strese maruz kalma ile yeme davranışı ilişkili bulunmuştur. Depreme bağlı yüksek stres seviyeleri, sağlıklı yeme davranışlarında (sebze meyve tüketme, kahvaltı yapma) azalmaya sebep olmuştur.^[52] Ancak duygusal yeme davranışlarının altında yatan mekanizmaları saptamada daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Obezite ve Duygusal Yeme

Obezite gelişiminde genetik eğilimin yanında sosyal, kültürel, duygusal ve diyete bağlı faktörler birlikte rol oynamaktadır. Obez bireylerde sıklıkla gözlenen psikolojik davranışlar dürtüsellik, düşük öz değerlilik, vücut şeklinden hoşnut olmama, mükemmeliyetçi tutum ve disinhibisyon (utanma ve mahcup olma duygusunun kaybı) olarak ifade edilmektedir. Obez kişiler zayıf olanlara göre daha dürtüsel davranış modelleri sergileyebilmektedir. Dürtüsel kişiler, yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıklarını bunun yanı sıra lezzetli ve yüksek enerjili besinlere karşı ilgilerinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.^[53] Yapılan bir çalışmada şişman bireylerde negatif duyguların zayıf bireylerde ise pozitif duyguların varlığında duygusal yemenin arttığı saptanmıştır.^[54]

Son yıllarda bariatrik cerrahi özellikle morbid obez olan hastaların önemli ölçüde vücut ağırlığı kaybetmelerinde ve obeziteye bağlı komorbid hastalıkların iyileşmesinde etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır.^[1,55] Ancak bariatrik cerrahi

sonrası hastaların yaklaşık %20'sinin 1-1.5 yıl sonra kaybettikleri vücut ağırlıklarını korumada başarısız oldukları gözlenmiştir.^[56] Taube-Schiff ve ark.nın^[57] (2015) 1393 bariatrik cerrahi hastası ile yaptıkları bir çalışmada, bu hasta grubunda psikolojik olarak güven ve bağlanma problemlerinin olduğunu saptamışlardır. Bu durumun duygusal disregülasyona neden olabileceğini bildirmişlerdir. Dolayısıyla cerrahi müdahale sonrası yeme atakları gösteren bariatrik cerrahi hasta grubunda, duygusal regülasyonun sağlanmasının kaybedilen vücut ağırlığının korunmasında etkili bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Ancak altında yatan mekanizmaları tam olarak ortaya koyabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Duygusal Yeme

Duygusal yeme ilk başlarda bulimik hastaların aşırı yemelerini destekleyen bir etmen olarak düşünülmekteydi. Sonrasında ise tıkınırcasına yeme ataklarının da duygusal yeme ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir.^[58] Yapılan bir çalışmada negatif durumların tıkınırcasına yeme ataklarını arttırdığı, pozitif durumların ise bu atakları azalttığı yönünde bir sonuca varılmıştır.^[59] DSM-4 kriterlerine göre tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı almış ve obez olan 326 yetişkin birey üzerinde yapılan bir başka çalışmada duygu düzenlemesi zor olan bireylerde yeme bozukluğu ve yeme patolojilerinin sık görüldüğü saptanmıştır.^[60]

Tıkınırcasına yeme atağı gösteren bireylerde besin tüketimindeki artışın temel sebebi, duygusal stres nedeniyle bireylerin oto kontrol mekanizmalarında azalma meydana gelebilmesidir. Bunun yanı sıra bu yeme davranışına sahip bireylerde pozitif duygular hedonik sistemler aracılığıyla enerji değeri yüksek besin alımını artırabilmektedir.^[61]

Aneroksia ve Bulimia Nervozada Duygusal Yeme

Yeme bozukluğu olan hastalarda duygu durum bozukluğu yaygın bir özellik olarak düşünülmektedir. Yeme bozukluklarının altında yatan sebepler incelendiğinde, duyguları tanı-

ma, duygu alışverişinde zorluk çekme ve kendi duygularının farkında olamama olarak tanımlanan aleksitiminin önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir.^[53] Duygusal yeme, bulimia nervozada yeme ataklarını tetikleyen muhtemel bir faktör olarak tanımlanmıştır. Bulimia nervozada tıkınırcasına yeme ataklarıyla benzer şekilde var olan stres ve negatif duygu durumunun yeme davranışı ile azaltılacağı görüşü mevcuttur. Aneroksiya nervozadaki duygu durumu ise daha çok kişinin yeme davranışı üzerindeki kontrol mekanizmasını kaybetme korkusu taşıması ile ilişkilendirilmektedir.^[62] Her iki durumun temelinde bireyler içinde buldukları temel duygu durumunu tanımlamakta güçlük yaşamakta ve duyguları yönetmenin bir yolu olarak aşırı yeme ya da yememe davranışı sergilemektedirler. Aneroksiya nervozada daha çok olumsuz duygulardan kaçınma, bulimia nervozada ise duygusal farkındalığın azalmasına bağlı oluşan bir yeme tutumu söz konusudur.^[33]

Duygusal Yemeye Yaklaşımda Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Psikiyatri hemşireliği; insanın davranış sürecini anlamayı hedefleyen, hastayla olduğu kadar kişinin kendisiyle de ilgilenmesini kapsayan dinamik bir beceridir.^[63] Psikiyatri hemşireleri rehabilitasyon sürecinde hastaların kendine bakımını geliştirerek yaşam kalitesini artırmayı öğretir, destekler ve gözler. Bilişsel davranışçı terapi teknikleri ile bireylerin kişisel gelişimine ve günlük yaşamda karşılaştıkları güçlüklerin üstesinden gelmelerine yardım etmeyi amaçlar. Bu süreçte hasta ile doğru iletişim kurmak çok önemlidir. Bu nedenle hasta-hemşire arasındaki iletişim empati, saygı, kabul görme, sıcaklık, gerçeklik ve güven çerçevesinde şekillendirilmelidir.^[64,65] Bu amaçla yeme bozukluğu olan hastalara yönelik hemşirelik tanıları ve hemşirelik bakım planları Tablo 2'de özetlenmiştir.^[66,67]

Sonuç ve Öneriler

Bireyin alışla geldiği beslenme düzeninde değişiklik yapmasını sağlamak için sağlık profesyonelleri tarafından genel değerlendirme yapılması ve bireye uygun eğitim programı planlanması yararlıdır. Eğitimin ana temalarından biri de diyet

Tablo 2. Yeme bozukluğu olan hastalara yönelik hemşirelik tanısı ve hemşirelik bakımı

Hemşirelik tanısı	Tanıyla ilişkili faktörler	Tanımlayıcı özellikler	Temel hemşirelik bakımı
Anksiyete	Fiziksel görünüm, beden/vücut imgesi ve öz benlik kavramına yönelik tehdit algılaması	Endişe, kaygı, korku, acı, sıkıntı ifade etme, vücut şekli ve ağırlığı ile meşgul olma, kompulsif ve ritualistik davranış, konsantrasyon güçlüğü, problem çözme yeteneğinin azalması, otonomik yanıt, diğer ipuçları (örneğin, yüz gerilimi, psikomotor ajitasyon).	Hastanın korkularının olabileceğinin kabul edilmesi, hastanın kaygı ve fiziksel tepki düzeyinin belirlenmesi, hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesine destek olma, anksiyete düzeyini azaltmaya yönelik kullanılan başa çıkma mekanizmalarının değerlendirilmesi, anksiyete ile başa çıkma becerilerini güçlendirmek ve hastanın kaygı düzeyini azaltmaya yönelik farklı tekniklerin (örneğin gevşeme teknikleri, nefes egzersizleri vb.) öğretilmesi, anti-anksiyete ajanlarının önerildiği şekilde uygulanarak terapötik ve yan etkilerinin gözlemlenmesi.

Tablo 2. Yeme bozukluğu olan hastalara yönelik hemşirelik tanısı ve hemşirelik bakımı (devamı)

Hemşirelik tanısı	Tanıyla ilişkili faktörler	Tanımlayıcı özellikler	Temel hemşirelik bakımı
Beden imaj algısının bozulması	Gerçek vücut büyüklüğü, şekli ve/veya görünüşünde bilişsel bozukluk	Kişinin vücut şekli/ağırlığı ile ilgili utanç duyması veya olumsuz duygular ifade etmesi, bireylerin vücut ağırlıklarını büyük beden kıyafetlerle gizlemesi.	Bireyde vücut ağırlığı ile ilgili rahatsızlığa neden olan sosyal ve ailesel etkilerin değerlendirilmesi, hastanın vücut algısının gerçek ile ne derece uyumlu olduğunu belirlenmesi (örneğin, hastanın tebeşirle duvara kendini çizmesi ve daha sonra gerçek vücut ana hattı ile karşılaştırması), korkuların ifade edilmesine izin verilmesi, beden imgesi ile ilgili duygu, düşünce ve varsayımların günlük tutularak tespit edilmesi ve beden imgesi ile ilişkili bozulan algının düzeltilmesine yardımcı olma, bireye olumlu geri bildirimlerin sağlanması, beden imajı ile ilgili sahip olduğu olumsuz düşüncelerin aksinin ispatlanması, beden olumlu yönlerinin keşfedilmesine yardımcı olma.
Kardiyak debinin azalması	Kalp atış hızı, ritmi ve ön yük değişiklikleri	Bradikardi, elektrokardiyogram değişiklikleri, çarpıntı, yorgunluk.	Laboratuvar ve vital bulguların (örneğin tam kan sayımı, elektrolitler ve kan üre azotu) takip edilip, anormal değerlerin rapor edilmesi, tanı yaklaşımlarının gözden geçirilmesi (örneğin elektro-kardiyogram), sıvı-elektrolit düzeylerinin kontrol edilmesi, gerekli durumlarda ve hekim önerisi doğrultusunda sıvı ve diyet (düşük sodyum) kısıtlaması yapılması, ortostatik hipotansiyonu önlemek için pozisyon değişiklikleri hakkında bilgi verilmesi, düzelen kardiyak bulgular (periferik ödemin azalması, vital bulgularda veya kan basıncında düzelmeye) ile ilgili hastaya olumlu geribildirimde bulunma.
Konstipasyon	Mide boşalmasının azalması, kötü beslenme alışkanlıkları, dehidratasyon	Dışkı sıklığının azalması; kuru ve sert dışkı, azalmış bağırsak sesleri, karın veya sırt ağrısı, palpe edilebilen abdominal kitle.	Konstipasyona neden olan faktörlerin (ilaçlar dahil) değerlendirilmesi, birey tarafından dışkı saati, sıklığı ve dışkının karakteristik özelliği ile ilişkili kayıt tutulması, bireyi yaşına, cinsiyetine ve fizyolojik gereksinimine uygun posa ve sıvı almaya teşvik etme, ağrı için değerlendirme yapılması, bağırsak seslerinin dinlenmesi, distansiyon ve kitleler açısından abdomenin palpe edilmesi, hekim tarafından önerilen gastrointestinal ajanların uygulanması, tekrar eden durumlara yönelik alternatif stratejiler geliştirilmesi.
Başa çıkmada zorluk yaşanması	Anksiyete, depresyon, uyumsuz/ tepkisel davranışlar, yetersiz sosyal destek, olgunlaşma krizi	Sorunlarla başa çıkma, kendini ifade etme ve yardım talep etme konularında yetersizlik, bilişsel ve algısal bozukluk, bireyin problem çözme kapasitesinin azalması, bireyin uyumsuz ve kendine zarar verici davranışlar sergilemesi (örneğin, sözel manipülasyon, yeme atakları, laksatif kullanımı)	Değişim için hastalık etkisinin, intihar riskinin, daha önce hasta tarafından uygulanan başa çıkma mekanizmalarının türü ve etkisi hakkında bilgi edinme, hastanın iç görü ve motivasyonunun değerlendirilmesi, hastanın korkularının, kontrol mekanizmalarının ve hastalığa verdiği anlamın araştırılması, hastalıkla ilişkili doğrudan veya dolaylı manipülasyonların ele alınması, aşırı dürtüsel veya dengeleyici davranışlara neden olan faktörleri gözlemlemek için hastaya besin günlüğü tutturmak, etkisiz başa çıkma mekanizmalarına neden olan faktörlerin ve risk durumlarının tanımlanması, hastanın problem çözme becerisinin değerlendirilmesi, hastaya alternatif başa çıkma stratejilerinin (örneğin farkındalık oluşturma, öz güven teknikleri vb.) öğretilmesi, başarılı başa çıkma mekanizmalarında (örneğin hastanın kendisinden kaynaklı kusma olmaması) hastaya olumlu geribildirimde bulunulması ve hastanın ödüllendirilmesi.

Tablo 2. Yeme bozukluğu olan hastalara yönelik hemşirelik tanısı ve hemşirelik bakımı (devamı)

Hemşirelik tanısı	Tanıyla ilişkili faktörler	Tanımlayıcı özellikler	Temel hemşirelik bakımı
Sorunlarla başa çıkmada aile engeli	İkircikli ilişkiler, uygunsuz başa çıkma tarzı, tedaviye direnç gösterme, aile üyeleri arasında ifade edilmeyen duygu ve düşünceler	Hastanın hastalık varlığının veya ciddiyetinin reddi, hoşgörüsüzlük, ihmal, düşmanlık, terk, hastalığa aşırı derecede takıntılı olma.	Aile ile yakın ilişki kurma ve etkili iletişimi sürdürme, hastalığın hasta üzerindeki etkisini, anlamını ve algısını araştırmak, hastayı soru sorması için cesaretlendirmek, duyguları veya endişeleri dile getirmesine yardımcı olmak, terapötik aktivitelere (örneğin aile terapileri, grup ziyaretleri vb.) katılmaya teşvik etmek, gerçekçi olmayan beklentileri ve hastalığın şiddeti algısını irdelemek için bilgi toplamak, aile üyeleri arasında uygun sınırları belirlemeye yardımcı olmak, hastanın sahip olduğu olumsuz yorum ve eleştirileri farklı bir bakış açısıyla değerlendirmesine yardımcı olmak.
İnkar	Hastalığın varlığının veya şiddetinin kabul edilememesi veya inkar edilmesi	Belirtilerin şiddetini ve sağlık üzerindeki etkisini kabul etmeme veya bu etkilere kayıtsız kalma, tedavinin ertelenmesi veya reddi, hastalık tartışılırken küçümseyen yorumlar yapma.	Güvene dayalı ilişki kurulması, hastalığın yaşam üzerindeki etkisini belirleme, semptomların ve ihtiyaçların mevcut eğilimini araştırmaya yardımcı olma, iç görü ve motivasyonu artırmaya yönelik telkinlerin (vücut ağırlık artışına yönelik korkuları araştırma veya sözel olarak ifade etme) yapılması, tedavi ile ilişkili korkuların araştırılması amacıyla tedavi sürecinin olumlu ve olumsuz yanlarının listesinin yapılması.
Dental bozukluklar	Kronik-kendinden kaynaklı kusma	Diş minesinde renk değişikliği veya erozyon, diş ağrısı.	Rutinde yılda iki defa yapılan diş hekimi değerlendirmelerini, diş temizliğini veya ihtiyaç duyulan diğer ek ağız bakım uygulamalarını artırma, bireyi yeterli ağız hijyeni yapma konusunda teşvik etme.
Elektrolit dengesizliği	Aşırı sıvı alımı, yetersiz sıvı alımı, kendinden kaynaklı kusma, diyare	Sıvı alımının kısıtlanması, sıvı yüklemesi, kendinden kaynaklı kusma, laksatif kullanımı, anormal elektrolit-laboratuvar bulguları, kardiyak anormaller, ödem ve değişen mental durum.	Elektrolit dengesizliklerinin belirti ve semptomlarının (kas titremesi ve çarpıntı) farkında olma, ağrı ve mental durumun yanı sıra gastrik, kardiyak ve nörolojik fonksiyonların değerlendirilmesi, laboratuvar bulgularının (örneğin serum elektrolitleri, pH, kapsamlı metabolik panel, kan gazları) izlenmesi, kardiyak ritim, sıvı alımı ve çıkışı dahil yaşamsal bulguların değerlendirilmesi, anormalliklerin sorumlu hekime bildirilmesi, hastaya vücudun fonksiyonlarını sağlıklı bir şekilde yerine getirebilmesi için elektrolit dengesinin önemini öğretmek.
Sıvı hacminin yetersiz olması	Yetersiz sıvı alımı, kendinden kaynaklı kusma, laksatif, lavman ve/veya diüretiklerin kötüye kullanımı	Azalmış idrar çıkışı, konsantre idrar, ani vücut ağırlığı kaybı, serum hematokrit düzeyinde artış, nabız sayısında artış, kan basıncının azalması, ortostatik hipertansiyon, zayıflık, kuru deri ve zayıf turgor basıncı.	Aneroksiya nervozalı bireylerde vücut ağırlığındaki günlük dalgalanmaları ve sıvı alımının ve çıkışının takip edilmesi, yaşa, cinsiyete ve günlük fiziksel aktivitesine uygun sıvı alımının desteklenmesi, mukozal membran ve deri turgor basıncının değerlendirilmesi, her 4 saatte bir veya endike bir durum olduğunda (vertigo) daha sık olmak koşuluyla ortostatik kan basıncının izlenmesi (uzanarak, oturarak ve ayakta), kendi kendini kusturma şüphesi varsa tuvalette hastaya eşlik edilmesi, laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi ve anormal bulguların sorumlu hekime rapor edilmesi, Ortostatik hipotansiyonu önlemek için sıvı gereksinimi ve pozisyon değişiklikleri hakkında eğitim verilmesi (dikeyken 15 mm Hg düşer, nabız >15 atım/ dakika artar), artan sıvı alımı ile ilişkili duyguları ve korkuları araştırma, ağız hijyenini artırma.

Tablo 2. Yeme bozukluğu olan hastalara yönelik hemşirelik tanısı ve hemşirelik bakımı (devamı)

Hemşirelik tanısı	Tanıyla ilişkili faktörler	Tanımlayıcı özellikler	Temel hemşirelik bakımı
Sıvı hacminin fazla olması	Yeniden besleme (refeeding) ile ilişkili aşırı sıvı yüklemesi	Yeniden besleme ihtiyacı olan ağır malnütriyon tablosu, vücut ağırlığını arttırmak için bilinçli olarak sıvı yüklemesi yapma, anormal fiziksel bulgular (örneğin düşük idrar öngül ağırlığı, vücut ağırlığında ani artış, ödem, elektrolit dengesizliği vb.).	Özellikle anoreksiya nervozalı bireylerde refeeding (yeniden besleme) sendromu ile ilişkili sıvı yüklemesinin belirti ve semptomlarının farkına varılması, vital bulguların ve ağırlık takibinin yapılması, standart ölçekleri (örneğin 4 puanlı ölçek) kullanarak ve idrar çıkarma şekillerini inceleyerek ödem varlığının ve derecesinin not edilmesi, laboratuvar verilerinin (kan üre azotu, kreatinin, hemoglobin, hematokrit, elektrolitler, idrar öngül ağırlığı) gözden geçirilmesi ve anormal bulguların sorumlu hekime rapor edilmesi, gerekli durumlarda sıvı kısıtlaması yapılması.
Mevcut durum, hastalığın seyri ve/veya tedavi gereksinimleri ile ilgili bilgi eksikliği	Algıda yetersizlik, bilgi eksikliği, bilişsel bozukluklar	Kendini ifade etmede yetersizlik, yetersiz besin ve sıvı alımı, önlenebilir komplikasyonların gelişmesi, talimatların tamamlanmasında yetersizlik, uygunsuz telafi edici mekanizmaların kullanılması ile vücut ağırlığı kaybının yanlış yorumlanması	Hastalık, hastalığın seyri, nütrisyonel durum, tedavi süreci (terapi, ilaçlar), tıbbi komplikasyonlar, psikolojik, sosyal ve fizyolojik faktörler ile ilgili hastanın bilgi düzeyinin değerlendirilmesi, hazır olma ve öğrenme becerisinin değerlendirilmesi, bilgilendirilmeye ihtiyacı olan bireylerin belirlenmesi, hastanın dikkatini çekecek öğretici materyallerin kullanılması, öğrenme sürecinde hastanın aktif rol alması, yapılan testlerin amacını, normal değerleri ve sonuçları da içeren laboratuvar bulgularının tartışılması, hastaya geribildirim sağlanması ve öğrenmenin değerlendirilmesi.
Duygu durum bozuklukları	Anksiyete, depresyon, psikolojik bozukluk, vücut ağırlığı değişimlerine bağlı olarak gelişen duyu durum bozuklukları.	Hastanın ruh halinde hızlı, aşırı veya uzun süreli oluşan değişiklikler, değişken duygulanımın gözlenmesi, duygusal tepki, sosyal izolasyon, davranış katılığı, disfori, öfke, düşmanlık, sinirlilik, hızlı ya da yavaş, yumuşak veya yüksek konuşma.	Duygu durum bozukluğuna neden olan tetikleyici faktörleri belirlemek için hastaya yardımcı olma, duyu durumu ile ilişkili fiziksel ve psikolojik faktörlerin değerlendirilmesi, hastayı duyu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirme ve hastayı empati yaparak dinleme, başa çıkma mekanizmalarının belirlenmesi, duyu regülasyonunu geliştirmek ve ruh hali semptomları ile başa çıkabilmek amacıyla eğitim (örneğin bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi) verilmesi, olumlu geribildirim ve desteğin sağlanması, anti-depresanların ve daha önce reçete edilen ilaçların kullanılması.
Uyumsuzluk	Değer sistemi, sağlık inançları, kültürel faktörler, değişim için motivasyon ve hazır olma durumu, bakım planı ile uyumsuzluk, hasta ve hasta bakıcı ilişkilerinde zorluklar yaşanması.	Dirençli davranış, tıbbi beslenme tedavisine uyumsuzluk, ilerleme eksikliği, hastalığın seyrinin ve şiddetinin küçümsenmesi, tedavi ekibinin, planının ve tedavi faydasının değerini düşürme, semptomların alevlenmesi ve komplikasyonların gelişmesi.	Hasta davranışlarından bağımsız olarak hastanın kabulünün sağlanması, hastanın sağlık bozukluğu algısının tartışılması, şikayetlerin ve endişelerin dinlenmesi, kaygı düzeyinin ve kontrol hissini değerlendirilmesi, değer ve inanç sisteminin belirlenmesi, tedavi sürecinde karşılıklı hedeflerin belirlenmesi, uyumsuzluğa yol açabilecek stratejileri belirleyip tedavi seçeneklerinin daha cazip hale getirilmesi, hasta hakkında belirli aralıklarla bilgi edinilmesi.
Yetersiz ve dengesiz beslenme	Hastanın kendi başına aşırı enerji kısıtlaması yapması veya besin alımını reddetmesinden kaynaklı yetersiz ve dengesiz beslenme, sekonder veya kendinden kaynaklı kusma veya laksatiflerin kötü amaçlı kullanımına bağlı olarak besinlerin sindiriminde ve emiliminde azalma.	Besin alımının günlük önerilen besin alımından düşük olması, vücut ağırlığının ideal ağırlıktan >%15 daha az olması (bulimia nervozada normal veya hafif şişman olabilmektedir), zayıflama, kontrol edilemeyen açlık tokluk sinyalleri, kas tonusu ve subkutan yağ dokusunun azalması, laboratuvar bulgularında düzensizlik meydana gelmesi.	Değişim için hasta motivasyonunun değerlendirilmesi, hastayla ve tedavi ekibiyle birlikte hedef ağırlığın belirlenmesi, beslenme uzmanıyla işbirliği içinde vücut ağırlığının stabilizasyonunun sağlanması ve nihai vücut ağırlığına ulaşmak için günlük enerji ihtiyacının belirlenmesi, bireyin besin gereksinimlerinin değerlendirilmesi, besin ve sıvı tüketiminin kaydedilmesi, günlük enerji alımının hesaplanması, ortostatik kan basıncını içeren vital bulguların değerlendirilmesi, laboratuvar sonuçlarının incelenmesi ve anormal bulguların sorumlu hekime rapor edilmesi, öğün tüketiminin takip edilmesi, gün boyunca az miktarlarda ve sık aralıklarla beslenmenin sağlanması, gerekli durumlarda nütrisyonel supleman desteği yapılması, gerekli durumlarda nazogastrik beslenme uygulanması, laksatif kullanımını engellemek için yemeklerden bir saat sonrasına kadar gözlem yapma, eğer kusma veya aşırı sıvı alımı potansiyel bir problem ise tuvalet kullanma sıklığının takip edilmesi, besin alımı ile ilişkili duyu ve düşüncelerin değerlendirilmesi, besinle ilişkili kaygı düzeyinin değerlendirilmesi, kafein içeren içeceklerin günde 1 defa ile sınırlandırılması, yeme davranışının geliştirilmesi için olumlu geribildirim sağlanması, normal açlık ve doyumluk sinyallerini tanımayı hastanın öğrenmesi.

Tablo 2. Yeme bozukluğu olan hastalara yönelik hemşirelik tanısı ve hemşirelik bakımı (devamı)

Hemşirelik tanısı	Tanıyla ilişkili faktörler	Tanımlayıcı özellikler	Temel hemşirelik bakımı
Obezite veya hafif şişmanlık	Gereksinimi aşan düzeyde besin tüketme.	Yetişkinlerde beden kütle indeksinin (BKİ) hafif şişmanlarda $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, obezlerde $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olması, fiziksel aktive düzeyinin önerilenden az olması, vücut ağırlığının artması, aşırı yeme ataklarının rapor edilmesi, anormal yeme davranışlarının gözlenmesi.	Besin gereksinimlerinin ve değişim motivasyonunun değerlendirilmesi, besin algısı ve yeme ataklarının saptanması, toplam enerji alımını hesaplanması ve rutin bir beslenme planı uygulanması, besin alımını tetikleyici faktörlerin, duyguların ve diğer ilişkili faktörlerin tanımlanması amacıyla besin günlükleri tutulması, günlük enerji alımının hesaplanması, diyetle yapılacak kısıtlamanın derecesini belirlemek, yeme ataklarının olmadığı zamanlar için olumlu geribildirimde bulunmak. Yeme ataklarında dikkati farklı yönlere çekecek faaliyetlerde bulunmak, yeme ataklarını tetikleyen yüksek risk durumlarını tespit etmek, açlık-tokluk belirtilerinin tanımlanmasına yardımcı olma, bakım ekibi ile uygun besin ve egzersiz planı geliştirmeye yardımcı olma, besin alımı ile ilişkili hastanın duygu ve düşüncelerinin farkına varma.
Akut dönem ağrı	Abdominal kramp, gastrik ve epigastrik mukozada iritasyon, gastrik distansiyon.	Yüzde gerginlik, sözel olarak ağrıyı ifade etme, ani ve şiddetli otonomik tepki.	Ağrı yerinin, süresinin, sıklığının, şiddetinin, tetikleyici ve ağırlaştırıcı faktörlerin değerlendirilmesi ve standardize edilmiş ağrı ölçeklerinin kullanılması, ağrının nedenine karar verilmesi (gastrit ve konstipasyon), vital bulguların takip edilmesi, daha önceki ağrı tecrübelerinin ve rahatlama yöntemlerinin belirlenmesi, hastayı ağrıyı ifade etmeye teşvik etme, ağrıyı önleme stratejilerinin tanımlanmasına yardımcı olma.
Güçsüzlük	Hastaneye yatış ve mevcut tedavi planının (örneğin ağırlik kazanımı) oluşturduğu olumsuzluk veya çaresizlik hissi.	Apati, pasiflik, belirsizlik, tedavi veya öz bakım eksikliği, aşırı yeme ataklarını durduramama, bakıma katılmamak, başkalarına bağımlı olmak.	Kontrol algısını belirlemek, duyguların veya endişelerin ifade edilmesine imkan sağlamak, hastayı soru sorması için cesaretlendirmek, hastaya ümit vermek, hastanın güçlü yönlerinin ve geçmişteki etkin başa çıkma mekanizmalarının farkına varmasına yardımcı olma, hastayı kontrolde tutmanın ötesinde aktif olarak katılabileceği alanların belirlenmesi, hastaya mümkün olduğunca uygun ve çok sayıda karar alma imkanı sunulması, kuralları en aza indirmek ve güvenliği sağlayarak sürekli gözlemi azaltmak, problem çözme tekniklerini modellemek ve yeni stratejileri araştırmak, hastayı bakım amaçlarını belirlemeye dahil etmek, hastanın kendi kendine bakım faaliyetleri programını belirlemesine izin verilmesi, sürekli ve erişilebilir hedefler belirlemeye yardımcı olma, başarılı durumlarda olumlu geribildirimde bulunmak.
Düşük benlik saygısı	Olumsuz öz değerlendirme,	Olumsuz öz değer, utanç ve suçluluk ifade etme, olumlu geribildirim reddetme, olumsuz geri bildirim üzerinde durma, kararsız olma, sürekli onaylanma isteği, bağımlı olma, kendi değerine sadece vücut ağırlığı ve şekli ile karar verme	Katki sağlayan faktörleri tanımlamaya yardımcı olma, hastayı bağımsız karar verme ve tedavi sürecine katılmaya teşvik etme, hastayı duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirme, hastanın gerçekçi olmayan benlik algısını saptamaya yönelik gerçeklik testi yapma, hastanın vücut şekli ve ağırlığı dışında güçlü yanları ve pozitif özelliklerini belirlemeye yardımcı olma, hastayı sosyalleşmeye teşvik etme ve destek gruplarına katılması için yönlendirme.
Kendine zarar verme	Eşlik eden sınırdaki kişilik bozukluğu, çözümlenemeyen, başkalarını manipüle etmek için intihara eğilim, gerginliği azaltmak için uygun olmayan yöntemler kullanma	Kendine zarar verme (örneğin kesme, yaralama) veya intihar girişimi öyküsü, dürtüsellik, istismar, psikomotor ajitasyon, öfkeyi kontrol edememe; duyguların ifade edilememesi.	Hastayı dürtüsel, öngörülemez, aşırı ve kontrolsüz öfke durumları için değerlendirme, hastayı yakın takibe alma ve endike durumlarda düzenli güvenlik kontrollerinin yapılması, kendine zarar vermeye neden olan duygu ve davranışları tanımlamaya ve kendine zarar vermenin olumlu ve olumsuz yanlarını belirlemeye yardımcı olma, hasta-personel arasındaki iletişimin açık olması, hastanın çevresinden kendine zarar verebilecek nesnelere uzaklaştırma, personeli veya diğer bireyleri hastanın kendi çıkarları için kullanma durumunu değerlendirme, hastayı bakım planına dahil olma teşvik etme.

Tablo 2. Yeme bozukluğu olan hastalara yönelik hemşirelik tanısı ve hemşirelik bakımı (devamı)

Hemşirelik tanısı	Tanıyla ilişkili faktörler	Tanımlayıcı özellikler	Temel hemşirelik bakımı
İntihar eğilimi	Dürtüsellik, eşlik eden major depresyon	Daha önceki intihar girişimleri, major depresif epizotları, klinik olarak anlamlı depresif ruh hali, intihar düşüncesi, planı veya yakın tarih intihar girişimi, üzgün, umutsuz ve değersiz bir yaşam sürdürdüğünü ifade etme.	Hastanın hemşire istasyonuna yakın bir odaya yatışının yapılması, intihara eğilimi yüksek ise yalnız bırakılmaması, hasta ile zaman geçirilmesi, hastaya kendini öldürme ile ilgili düşünceleri, planları doğrudan sorularak kendine zarar verme potansiyelinin değerlendirilmesi, güvenli bir ortam oluşturulması, kesici ve delici aletlerin ortamdaki uzaklaştırılması, intiharla ilişkili duyguların varlığını kabul etme, intihar önlemlerinin amacını ve gereksinimini destekleyici bir biçimde açıklayabilme, her mesai başlangıcında hastayla kendine zarar vermeyeceğine dair bir sözleşme yapılması ve her mesai başlangıcında sözleşmenin yenilenmesi, hastanın enerjisinin ve ruh halinin yakından takip edilmesi, güvenli olmak koşuluyla mümkün olduğunca sık kontrol edilmesi, hastanın geçmişteki ve mevcut güçlü yönlerinin ortaya konulması, hastanın ölümle ilişkili düşüncelerinin sorgulanması, hastaya destek sistemi tanımlanması, hastanın bu sisteme dahil edilmesi ve kriz durumlarında yardım planı yapılması.
Travma	Kemik bütünlüğünün kaybedilmesi	Uzun süreli malnutrisyon, kemik kırıkları veya kemik kaybı öyküsü.	Hastanın çevreyle uyumunu artırma, kaymayan ayakkabı kullanımını sağlama, yeterli besin alımına teşvik etme, hekim tarafından önerilen şekilde kalsiyum desteği kullanma, hastanın kemik ve mineral yoğunluğu hakkında bilgi edinilmesi, ileriye yönelik uygulamaların belirlenmesi.

Kaynak: Ackley BJ and Ladwig GB. Nursing diagnosis handbook-e-book: an evidence-based guide to planning care. 9th ed. Elsevier Health Sciences;2010. Wolfe BE, Dunne JP, and Kells MR. Nursing care considerations for the hospitalized patient with an eating disorder. Nursing Clinics 2016;51(2):213-235.

yapmanın gerekliliği ve diyetle uyuma veya uymamanın yarar ve zararları olmalıdır. Davranış değişikliği tedavisi bireysel ya da grup toplantıları şeklinde yapılabilmektedir. Grup tedavisi ile ağırlık kaybının sağlanması ve korunması ise bireyler arası sosyal bağların gelişmesi, hayal kırıklıklarının olduğu dönemlerde birbirlerine destek olmaları, başarısız bireylerin başarılı kişilerin uyguladıkları taktikleri benimsemeleri gibi avantajlar içerdiğinden bireysel tedavilere göre daha başarılı bulunmaktadır.

Duygusal yeme ataklarında nörobiyolojik mekanizmalardan hedonik sistem yollarının aktive olduğu öngörülmüştür. Ayrıca azalmış dopamin seviyelerinin de aşırı yeme davranışını tetiklediğine dair çalışmalar mevcuttur. Bu bulgular, duygusal yeme atakları esnasında vücutta meydana gelebilecek biyokimyasal ve metabolik değişikliklerin aydınlatılmasında anahtar rol oynayabilmektedir. Ancak duygusal yeme davranışı altında yatan mekanizmaların anlaşılması, nedensel ilişkilerin ortaya konulması ve etkin bir tedavi yönteminin uygulanabilmesi için daha çok klinik çalışmaya ihtiyaç vardır.

Pek çok çalışmada duygu durumları ile besin alımı arasında pozitif ya da negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Özellikle vücut ağırlığı normalin üzerinde olan, duygu durumuna cevaben yeme davranışı geliştiren, sürekli diyet yapan, diyet yaptığı halde, ağırlık kaybetmeyen ya da ağırlık kaybetmeme kaygısı taşıyan kimselerde duygusal yeme durumu düşünülmelidir. Duygusal ve kontrolsüz yeme davranışları bireylerin tekrar eden ağırlık kazanımı için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle bireylerin psikolojik ve beslenme durumu ilgili profesyonellerce

(psikiyatrist/psikolog/diyetisyen/psikiyatri hemşiresi) bireylerin hem psikolojik durumları hem de beslenme alışkanlıkları göz önüne alınarak değerlendirilmeli ve bir tedavi planı oluşturulmalıdır. Etkin ve sürekli verilecek yeterli-dengeli beslenme eğitimleri hatalı alışkanlıkların, davranışların değiştirilmesine, insanın sağlığını tehdit eden sorunların ve uygulamaların önlenmesine, edinilen bilginin tutuma dönüşmesine sebep olacaktır. Tutumun davranışa dönüşebilmesi ise eğitim programlarının belirli aralıklarla tekrarlanması ve kontrolü ile mümkün olabilmektedir. Literatür incelendiğinde, psikiyatri hemşirelerinin daha çok yeme tutum davranışlarını inceleyen tanımlayıcı çalışmalar yaptığı, ancak klinik ortamda doğrudan bireye müdahaleyi içeren çalışmaların olmadığı saptanmıştır. Multidisipliner bir ekip anlayışıyla psikiyatri hemşiresinin bu alandaki konumu tanımlanmalı ve ekip içerisindeki rolleri geliştirilmelidir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – Y.S., N.Ş.; Dizayn – Y.S., N.Ş.; Denetim – Y.S., N.Ş.; Finansman – Y.S., N.Ş.; Meteryal – Y.S., N.Ş.; Veri toplama veya işleme – Y.S., N.Ş.; Analiz ve yorumlama – Y.S., N.Ş.; Literatür arama – Y.S., N.Ş.; Yazan – Y.S., N.Ş.; Kritik revizyon – Y.S., N.Ş.

Kaynaklar

1. Maggard MA, Shugarman LR, Suttrop M, Maglione M, et al. Ann Intern Med 2005;142:547–59.

2. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite* 2008;50:1–11.
3. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Processes* 2002;60:157–64.
4. Sevinçer MG, Konuk N. Emotional eating. *Journal of Mood Disorders* 2013;3:171–8.
5. Dilbaz N. Duygusal açlık şişmanlatıyor. Available at: <http://www.e-psikiyatri.com/duygusal-aclik-sismanlatiyor-37017>. Accessed Apr 20, 2015.
6. Kaplan HL, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1957;125:181–201.
7. Schachter S. Obesity and eating. Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science* 1968;161:751–6.
8. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger: a new dimension of appetite? *Physiol Behav* 2007;91:432–9.
9. 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;5:295–315.
10. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985;29:71–83.
11. Nolan LJ, Halperin LB, Geliebter A. Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. *Appetite* 2010;54:314–9.
12. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, et al. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *J Am Diet Assoc* 2009;109:1439–44.
13. Tanofsky-Kraff M, Theim KR, Yanovski SZ, Bassett AM, et al. Validation of the emotional eating scale adapted for use in children and adolescents (EES-C). *Int J Eat Disord* 2007;40:232–40.
14. Van Strien T, Schippers GM, Cox WM. On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addict Behav* 1995;20:585–94.
15. Braet C, Claus L, Goossens L, Moens E, et al. Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *J Health Psychol* 2008;13:733–43.
16. Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Pers* 1975;43:647–60.
17. Habhab S, Sheldon JP, Loeb RC. The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. *Appetite* 2009;52:437–44.
18. Waller G, Osman S. Emotional eating and eating psychopathology among non-eating-disordered women. *Int J Eat Disord* 1998;23:419–24.
19. Saper CB, Chou TC, Elmquist JK. The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron* 2002;36:199–211.
20. Nauta H, Hospers H, Jansen A. One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *Br J Health Psychol* 2001;6:271–84.
21. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *J Nutr* 2009;139:629–32.
22. Maner F. Is binge eating a type of addiction? Available at: http://www.psikofarmakoloji.org/4thkongre/ps_02_03.html. Accessed Apr 15, 2015.
23. Wang GJ, Volkow ND, Fowler JS. The role of dopamine in motivation for food in humans: implications for obesity. *Expert Opin Ther Targets* 2002;6:601–9.
24. Davis C, Fox J. Sensitivity to reward and body mass index (BMI): evidence for a non-linear relationship. *Appetite* 2008;50:43–9.
25. Yakovenko V, Speidel ER, Chapman CD, Dess NK. Food dependence in rats selectively bred for low versus high saccharin intake. Implications for "food addiction". *Appetite* 2011;57:397–400.
26. Güleç Öyekçin D, Deveci A. Etiology of Food Addiction. *Current Approaches in Psychiatry* 2012;4:138–53.
27. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav* 2007;91:449–58.
28. Tan CC, Chow CM. Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences* 2014;66:1–4.
29. Evers C, Adriaanse M, de Ridder DT, de Witt Huberts JC. Good mood food. Positive emotion as a neglected trigger for food intake. *Appetite* 2013;68:1–7.
30. Racine SE, Keel PK, Burt SA, Sisk CL, et al. Individual differences in the relationship between ovarian hormones and emotional eating across the menstrual cycle: a role for personality? *Eat Behav* 2013;14:161–6.
31. Andries AM. Positive And Negative Emotions Within The Organizational Context. *Global Journal of Human-Social Science Research* 2011;11:15–32.
32. Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, et al. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eat Behav* 2007;8:162–9.
33. Taitz J, Safer DL. *End Emotional Eating*. Oakland: New Harbinger; 2012. p. 11–36.
34. van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutiérrez-Maldonado J, et al. Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite* 2013;66:20–5.
35. Polivy J, Herman CP. Distress and eating: why do dieters overeat? *Int J Eat Disord* 1999;26:153–64.
36. Demirel B, Yavuz KF, Karadere ME, Şafak Y, et al. Duygusal İştah Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, *Beden Kitle İndeksi ve Duygusal Şemalarla ilişkisi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2014;3:171–81.
37. Bozan N. Hollanda yeme davranış anketinin (DEBQ) Türk üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması. [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi] Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
38. Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:1715–25.
39. Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P, Karlsson J. Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *Am J Clin Nutr* 2005;81:564–9.
40. Şeren Karakuş S, Yıldırım H, Büyüköztürk Ş. Adaptation of three factor eating questionnaire (TFEQ-R21) into Turkish cul-

- ture: A validity and reliability study. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15:229–37.
41. Kırış D, Kaspar EÇ, Avcılar T, Kasımay Çakır Ö et al. Obeziteyle ilişkili beslenme alışkanlıklarının araştırılmasında yeni bir yöntem "Üç faktörlü beslenme anketi". *Clin Exp Health Sci* 2015;5:162–9.
 42. Köse G, Tayfur M, Birinciođlu İ, Dönmez A. Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *JCBPR* 2016;3:125–34.
 43. Bektas M, Bektas I, Selekođlu A, Akdeniz Kudubes A, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Emotional Eating Scale for children and adolescents. *Eating Behaviors* 2016;22:217–21.
 44. Hildebrandt BA, Racine SE, Keel PK, Burt SA, et al. The effects of ovarian hormones and emotional eating on changes in weight preoccupation across the menstrual cycle. *Int J Eat Disord* 2015;48:477–86.
 45. Steiger H, Gauvin L, Engelberg MJ, Ying Kin NM, et al. Mood and restraint-based antecedents to binge episodes in bulimia nervosa: possible influences of the serotonin system. *Psychol Med* 2005;35:1553–62.
 46. Thomas JG. Toward a Better Understanding of the Development of Overweight: A Study of Eating Behavior in the Natural Environment using Ecological Momentary Assessment. [Thesis] Philadelphia: Drexel University, 2009.
 47. Wegner KE, Smyth JM, Crosby RD, Wittrock D, et al. An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *Int J Eat Disord* 2002;32:352–61.
 48. Klump KL, Keel PK, Racine SE, Burt SA, et al. The interactive effects of estrogen and progesterone on changes in emotional eating across the menstrual cycle. *J Abnorm Psychol* 2013;122:131–7.
 49. Carr-Nangle RE, Johnson WG, Bergeron KC, Nangle DW. Body image changes over the menstrual cycle in normal women. *Int J Eat Disord* 1994;16:267–73.
 50. Hardie L, Trayhurn P, Abramovich D, Fowler P. Circulating leptin in women: a longitudinal study in the menstrual cycle and during pregnancy. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1997;47:101–6.
 51. Michels N, Sioen I, Ruige J, De Henauw S. Children's psychosocial stress and emotional eating: A role for leptin? *Int J Eat Disord* 2017;50:471–80.
 52. Kuijer RG, Boyce JA. Emotional eating and its effect on eating behaviour after a natural disaster. *Appetite* 2012;58:936–9.
 53. Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A, Tamam L. Obezitede dürtüsel-lik ve emosyonel faktörler: bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2012;49:14–9.
 54. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eat Behav* 2003;3:341–7.
 55. Ballantyne GH. Measuring outcomes following bariatric surgery: weight loss parameters, improvement in co-morbid conditions, change in quality of life and patient satisfaction. *Obes Surg* 2003;13:954–64.
 56. Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, Labouvie EW, et al. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg* 2002;12:270–5.
 57. Taube-Schiff M, Van Exan J, Tanaka R, Wnuk S, et al. Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Eat Behav* 2015;18:36–40.
 58. Chesler BE. Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *ScientificWorldJournal* 2012;2012:365961.
 59. De Young KP, Zander M, Anderson DA. Beliefs about the emotional consequences of eating and binge eating frequency. *Eat Behav* 2014;15:31–6.
 60. Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with Binge Eating Disorder. *Eat Behav* 2013;14:309–13.
 61. Macht M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite* 1999;33:129–39.
 62. Ricca V, Castellini G, Fioravanti G, Lo Sauro C, et al. Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 2012;53:245–51.
 63. Tanığ Y. Psikiyatri Hemşireliğinin Uluslararası Boyutlarda İnce-lenmesi. [Yayımlanmış Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1996.
 64. Demiralp M. Gevşeme Eğitiminin Adjuvan Kemo- terapi Uygulanan Meme Kanseri Hastalarda, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri, Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. [Yayımlanmamış Doktora Tezi] Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
 65. Milli Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik – Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Giriş. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları; 2012.
 66. Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2010.
 67. Wolfe BE, Dunne JP, Kells MR. *Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder*. *Nursing Clinics of North America* 2016;51:213–35.