

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YETİŞKİN BİREYLERDE HASTALIK KAYGISININ AKDENİZ
DİYETİNE UYUM VE YEME TUTUM DAVRANIŞLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

HAZIRLAYAN

BEYZA ELİF ERBİŞİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2022

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YETİŞKİN BİREYLERDE HASTALIK KAYGISININ AKDENİZ
DİYETİNE UYUM VE YEME TUTUM DAVRANIŞLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

HAZIRLAYAN

BEYZA ELİF ERBİŞİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ MERVE ÖZDEMİR

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Beyza Elif ERBİŞİM tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06/01/2022

Tez Adı: Yetişkin Bireylerde Hastalık Kaygısının Akdeniz Diyetine Uyum ve Yeme Tutum Davranışları Üzerine Etkisi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ONAY

Prof. Dr. F. Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü
Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: ... / ... /

Öğrencinin Adı, Soyadı : Beyza Elif Erbişim
Öğrencinin Numarası : 21920080
Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik
Programı : Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans
Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Merve ÖZDEMİR
Tez Başlığı : Yetişkin Bireylerde Hastalık Kaygısının Akdeniz Diyetine Uyum ve Yeme Tutum Davranışları Üzerine Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 93 sayfalık kısmına ilişkin, 13/12/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %16'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

TEŞEKKÜR

Çalışmamda bana yol gösteren, destek ve emeklerini esirgemeyen, çalışmanın her aşamasında yanımda olan tez danışanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Merve ÖZDEMİR'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim sürecinde engin bilgileri ile bana ışık tutan, eğitim sürecimde kazandırdıkları her şey için Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik bölümündeki tüm hocalarıma teker teker teşekkürlerimi sunuyorum.

Lisans ve yüksek lisans sürecini beraber paylaştığım, manevi desteğini, zamanını, ilgi ve anlayışını benden esirgemeyen yoldaşım, sevgili dostum Zeynep Ece SUNGUR'a sonsuz teşekkür ederim.

Lisans eğitimin bana kazandırdığı diğer canım dostlarıma, hem her zaman yanımda oldukları için hem de çalışmam sürecinde olan destekleri için Çilenay TATLI'ya ve Damla Sinem BOZAN'a çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca hep yanımda olan, beni her koşulda destekleyen, verdiğim kararlarda arkamda duran ve akademik ilerlememde her daim en büyük destekçim olan sevgili annem Dilek ERBİŞİM'e, babam Recai ERBİŞİM'e ve kardeşim Mehmet Yusuf ERBİŞİM'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Beni büyüten, seven, her zaman kalbimde olan güzel gözlü anneannem Ayşe ONUR'a sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Erbişim B. E. Yetişkin Bireylerde Hastalık Kaygısının Akdeniz Diyetine Uyum ve Yeme Tutum Davranışları Üzerine Etkisi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2022.

Bu çalışma, yetişkinlerde hastalık kaygısının Akdeniz diyetine uyum ve yeme tutum davranışları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma, Mayıs 2021 – Temmuz 2021 tarihleri arasında Ankara'da yaşayan çalışmaya katılmaya gönüllü 18-64 yaş arası 204 (64 erkek, 140 kadın) yetişkin birey ile Google formlar üzerinden çevrim içi anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ankette bireylerin kişisel bilgileri, beslenme ve uyku alışkanlıklarına dair sorular sorulmuştur. Akdeniz diyetlerine uyumlarını ölçmek için Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği (MEDAS), hastalık kaygısını belirlemek için Kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) ve yeme tutum davranışlarını incelemek için Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) kullanılmıştır. Bu çalışmaya katılan 204 bireyin yaşları 18 – 64 arası olup ortalama yaş 36.7 ± 11.56 yıl bulunmuştur. Katılımcıların 140'ı kadın, 64'ü erkek bireylerden oluşmaktadır. Bireylerin boyları ortalama 167.2 ± 9.41 cm ve vücut ağırlıkları ortalama 71.4 ± 15.31 kg'dır. Beden Kütle İndeksi (BKİ) ortalama 21.27 ± 4.01 kg/m² bulunmuştur. Bireylerin Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS) puanları toplamı 1 ile 10 arasında olup ortalama puan 5.2 ± 1.72 bulunmuştur. Akdeniz diyetine (AD) kabul edilebilir uyumu olan 46 kişi bulunmaktadır. AD kabul edilebilir uyumu olan bireylerin 3'ünün lise ve lise altı mezunu, 36'sının üniversite mezunu ve 7'sinin lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Öğrenim durumu ile MEDAS puanı sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). AD kabul edilebilir uyumu olan bireylerin 41'i öğün atlamakta ve büyük oranı %75.6'sı öğle yemeğini atlamaktadır. Kalan bireylerin %14.6'sı kahvaltıyı, %9.8'i akşam yemeğini atlamaktadır. AD uyumlu olmayan bireylerden 150'si öğün atlamakta olup %53.3'ü öğle, %39.3'ü kahvaltı ve %7.3'ü akşam yemeğini atlıyordu. Ana öğün atlama ile MEDAS puanı sonuçları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Yeme tutum testi-26 (YTT-26) toplam puanları 1 ile 73 arasında olup ortalama puan 18.2 ± 14.48 olduğu görülmüştür. 20 puanın altında olup normal yeme davranışı gösteren 128 (%62.7) kişi ve 20 ve üstü puana sahip anormal yeme davranışı olan 76 (%37.3) kişi bulunmaktadır. YTT-26 ölçeğinden 20 ve üzeri puan alan bireylerin en büyük yüzdesi, %43.3 ile 25-34 yaş arası yetişkinlerden

oluşmaktadır. Yeme bozukluğu olan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) Anormal yeme davranışı olan bireyler uyku sürelerine göre karşılaştırıldıklarında yarısının (%50), normal yeme davranışı olan bireylerin ise % 64.8'inin 7 saatten az uyuduğu görülmüştür. Normal yeme davranışı gözlenen bireylerde 7 saatten az uyuyanların daha yüksek orana sahip olması anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Toplam kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) puanı 0 ile 39 arasında değişirken ortalama puan 14.8 ± 6.81 'dir. Sağlıklı (15 altı puan alan) 107 (%52.5) kişi, sadece yüksek sağlık kaygısı olan grupta (15-17 puan arası) 31 (%15.2) kişi, Hipokondriyal grupta (18 puan ve üzeri alan) ise 66 (%32.4) kişi bulunmaktadır. Hastalık kaygısı olmayan bireylerin %56.1'inin kadın, hipokondriyal bireylerin ise %80.3'ünün kadın olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre KSKE puanları karşılaştırıldığında bu ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlıklı bireylerin %18.7'sinde ve hipokondriyal bireylerin %37.9'unda en az bir tane tanısı konmuş hastalığı bulunmaktadır. Hastalığın var olması ile KSKE puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin KSKE puanları ile yaşları arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur ($r=-0.185$) ($p<0.05$). KSKE ile YTT-26 arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.236$) ($p<0.05$). Bireylerde hipokondriyazis görülmesinde cinsiyetin ve YTT-26 puanlarının etkisi önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınlarda erkeklere göre hipokondriyazis riski 2.247 kat daha yüksek görülmüştür. Anormal yeme davranışı olanlarda hipokondriyazis riski 2.964 kat yüksek bulunmuştur. Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS) sonuçları ile diğer iki ölçek arasında negatif yönlü bir ilişki görülmektedir ama bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($r=-0.003$) ($p>0.05$). Sonuç olarak bu çalışma, hastalık kaygısının Akdeniz diyetine uyum ve yeme davranışı üzerine ilişkisini inceleyen öncü çalışmadır. Hastalık kaygısının ile Akdeniz diyetine uyum arasında ilişki bulunamamıştır. Akdeniz diyetinin anksiyete üzerindeki olumlu etkisi bulunduğu için bu alanda da daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir. Hastalık kaygısı ile yeme tutum davranışı arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Fakat hipokondriyazis ile yeme bozuklukları arasındaki net ilişki için daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipokondriyazis, hastalık kaygısı, Akdeniz diyeti, yeme bozukluğu

ABSTRACT

Erbişim B.E. The Effect of Disease Anxiety on Adherence to the Mediterranean Diet and Eating Attitudes in Adults, Başkent University, Institute of Health Sciences, Nutrition and Dietetics Program, Master Thesis, 2022.

This study was conducted to examine the effect of illness anxiety on adherence to the Mediterranean diet and eating attitude behaviors in adults. This research was carried out with 204 (64 male, 140 female) adult individuals aged 18-64 who volunteered to participate in the study, living in Ankara between May 2021 and July 2021, using the online survey method over Google forms. In the questionnaire, questions were asked about the personal information, nutrition and sleep habits of the individuals. The Mediterranean Diet Adherence Scale (MEDAS) was used to measure their adherence to Mediterranean diets, the Short Health Anxiety Inventory (SHAI) to determine illness anxiety and the Eating Attitude Test-26 (YTT-26) was used to examine eating attitude behaviors. The ages of 204 individuals participating in this study were between 18 and 64 years and the mean age was 36.7 ± 11.56 years. The average height of the subjects is 167.2 ± 9.41 cm and their average body weight is 71.4 ± 15.31 kg. Body mass index (BMI) was found to be 21.27 ± 4.01 kg/m² on average. The sum of the MEDAS scores ranged from 1 to 10, and the mean score was 5.2 ± 1.72 . There were 46 subjects with acceptable adherence to the Mediterranean diet (MD). It was found that 3 of the individuals with acceptable adherence to the MD had a high school diploma, 36 had a college degree, and 7 had a postgraduate degree. A significant correlation was found between educational status and MEDAS score results ($p < 0.05$). Of the individuals who have acceptable adherence to the MD, 41 skip meals, and a large proportion of 75.6% skip lunch. 14.6% of the remaining individuals skip breakfast and 9.8% skip dinner. Of those not compatible with MD, 150 skipped meals, 53.3% skipped lunch, 39.3% skipped breakfast, and 7.3% skipped dinner. The correlation between skipping the main meal and the MEDAS scores was statistically significant ($p < 0.05$). The total scores of the Eating Attitude Test-26 (YTT-26) ranged from 1 to 73, and the mean score was 18.2 ± 14.48 . There are 128 (62.7%) individuals with a score of less than 20 and normal eating behavior and 76 (37.3%) individuals with a score of 20 or more and abnormal eating behavior. The largest percentage of individuals scoring 20 and above on the YTT-26 scale consisted of adults aged 25-34 years (43.3%). When the distribution of

individuals with eating disorders by age group was examined, it was found that the correlation was statistically significant ($p<0.05$). When comparing by sleep duration of individuals with abnormal eating behaviors, half (50%) and 64.8% of individuals with normal eating behaviors slept less than 7 hours. It was found that individuals with normal eating behaviors had a higher rate of sleeping less than 7 hours ($p<0.05$). The total score of the Short Health Anxiety Inventory (SHAI) ranged from 0 to 39, with a mean of 14.8 ± 6.81 . There were 107 (52.5%) healthy individuals (with less than 15 points), 31 (15.2%) only in the group with severe health anxiety (between 15-17 points), 66 (32.4%) in the group with hypochondria (with 18 points or more). It can be seen that 56.1% of the individuals without health anxiety are women, while 80.3% of the hypochondriacal individuals are women. When SHAI scores were compared by gender, this correlation was found to be statistically significant ($p<0.05$). 18.7% of individuals in the healthy group and 37.9% of hypochondriacal individuals have at least one diagnosed disease. The correlation between the presence of the disease and SHAI scores was found to be statistically significant ($p<0.05$). A significant negative correlation was found between the SHAI scores of the individuals and their age ($r=-0.185$) ($p<0.05$). There is a significant positive correlation between SHAI and EAT -26 ($r=0.236$) ($p<0.05$). The effects of gender and EAT-26 scores were found to be significant in the occurrence of hypochondriasis in individuals ($p<0.05$). The risk of hypochondriasis in women was 2.247 times higher than in men. The risk of hypochondriasis was found to be 2.964 times higher in those with abnormal eating behavior. There is a negative correlation between MEDAS scores and the other two scales, but this correlation was not statistically significant ($r=-0.003$) ($p>0.05$). In conclusion, this study is a pioneer study investigating the relationship between disease anxiety and Mediterranean diet adherence and eating behavior. No relationship was found between disease anxiety and adherence to the MD. Since the MD has a positive effect on anxiety, further studies are recommended in this area as well. A significant positive correlation was found between illness anxiety and eating behaviors. However, more research is needed to establish a clear relationship between hypochondria and eating disorders.

Keywords: Hypochondriasis, illness anxiety, mediterranean diet, eating disorder

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hipokondriyazis ile İlişkili Tanımlar	3
2.1.1. Somatik sendrom bozukluğu /Bedensel belirti bozukluğu	3
2.1.2. Hastalık kaygısı bozukluğu	4
2.1.3. Covid-19 pandemisi ve hastalık kaygısı.....	5
2.2. Mental Sağlık ve Beslenme	6
2.2.1. Akdeniz diyeti	7
2.3. Mental Sağlık ve Uyku Durumu.....	9
2.4. Stres ve Beslenme İlişkisi	9
2.5. Kaygı ve Yeme Bozukluğu.....	10
2.5.1. Anoreksiya nervoza	11
2.5.2. Bulimia nervoza	11
2.5.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu.....	12
2.5.4. Ortoreksiya nevroza.....	12
2.5.5. Yeme bozuklukları ile anksiyete ilişkisi.....	12
2.6. Anksiyete/Kaygı ve Beslenme İlişkisi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırma Yer, Zaman ve Örneklem Seçimi.....	17
3.2. Araştırma Planı.....	17
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	17
3.3.1. Sosyo-demografik özellikler.....	17
3.3.2. Beden kütle indeksi (BKİ).....	18
3.3.3. Beslenme ve uyku alışkanlıkları	18
3.3.4. Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS).....	18

3.3.5. Kısa sağlık kaygısı envanteri	19
3.3.6. Yeme tutum testi-26 (YTT-26)	20
3.3.7. Verilerin değerlendirilmesi.....	20
4. BULGULAR	21
4.1. Bireysel Özellikler	21
4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Uyku Durumları.....	24
4.3. Bireylerin Akdeniz Diyetine Bağlılık ölçeği (MEDAS) Puanlarına göre Değerlendirilmesi	27
4.4. Bireylerin Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) Puanlarına göre Değerlendirilmesi.....	31
4.5. Bireylerin Kısa Sağlık Kaygısı Envanteri (KSKE) Puanlarına göre Değerlendirilmesi.....	36
4.6. Kısa Sağlık Kaygısı Envanterinin, Yeme Bozukluğu ve Akdeniz Diyeti ile İlişkisi.....	43
5. TARTIŞMA	45
5.1. Bireysel Özellikler.....	45
5.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Uyku durumları.....	47
5.3. Bireylerin Akdeniz Diyetine Bağlılık ölçeği (MEDAS) puanlarına göre Değerlendirilmesi	48
5.4. Bireylerin Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) puanlarına göre Değerlendirilmesi.....	49
5.5. Bireylerin Kısa Sağlık Kaygısı Envanteri (KSKE) puanlarına göre Değerlendirilmesi.....	50
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR.....	55
EKLER	
EK 1: Proje Onayı	
EK 2: Anket Formu	
EK 3: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS)	
EK 4: Kısa Sağlık Kaygısı Envanteri (KSKE)	
EK 5: Yeme Tutum Testi (YTT-26)	

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Hastalık kaygısı bozukluğu DSM-5 kriterler.....	4
Tablo 2.2. DSM -5 Yeme Bozuklukları Tanı Kriterlerinde Kilit Noktalar.....	13
Tablo 2.3. (Devam) DSM -5 Yeme Bozuklukları Tanı Kriterlerinde Kilit Noktalar	14
Tablo 3.1. DSÖ göre Beden Kütle İndeksi sınıflandırması	18
Tablo 4.1. Bireylerin cinsiyetine göre sosyo-demografik özellikleri dağılımı	21
Tablo 4.2 Bireylerin antropometrik değerleri	22
Tablo 4.3 Bireylerin cinsiyete göre BKİ ve hastalık durumunun dağılımı.....	23
Tablo 4.4. Bireylerin cinsiyetine göre beslenme alışkanlıklarının ve uyku durumlarının dağılımı	25
Tablo 4.5 Bireylerin cinsiyete göre besin desteği kullanımları	26
Tablo 4.6. Bireylerin MEDAS puanlarına göre sosyo-demografik özelliklerinin, BKİ ve hastalık durumunun değerlendirilmesi	28
Tablo 4.7. Bireylerin MEDAS puanlarına göre beslenme alışkanlıkları ve uyku durumlarının değerlendirilmesi	30
Tablo 4.8 Bireylerin MEDAS puanlarının BKİ değerleri, su tüketimi ve uyku saati ile ilişkisi	31
Tablo 4.9. Bireylerin YTT-26 puanlarına göre sosyo-demografik özelliklerinin, BKİ ve hastalık durumunun değerlendirilmesi	33
Tablo 4.10. Bireylerin YTT-26 puanlarına göre beslenme alışkanlıklarının ve uyku durumlarının değerlendirilmesi	35

Tablo 4.11. Bireylerin YTT-26 puanları ile sayısal değerlerinin ilişkisi	36
Tablo 4.12. Bireylerin KSKE puanlarına göre sosyo-demografik özelliklerin, BKİ ve hastalık durumunun değerlendirilmesi	38
Tablo 4.13. Bireylerin KSKE puanlarının beslenme alışkanlıkları ve uyku durumları göre dağılımı	40
Tablo 4.14. Bireylerin KSKE puanları ile sayısal değerlerinin ilişkisi.....	41
Tablo 4.15. KSKE puanlarının MEDAS ve YTT-26 ölçekleri ile karşılaştırılması	42
Tablo 4.16. KSKE, MEDAS VE YTT-26 ölçekleri arasındaki ilişkisi	43
Tablo 4.17. Bireylerde hipokondriyazis varlığına göre ilgili değişkenlerin etkisi	44

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AD	Akdeniz diyeti
AN	anoreksiya nervoza
APB	Amerikan Psikiyatri Birliği
BKİ	beden kütle indeksi
BN	bulimia nervoza
ÇDYA	çoklu doymamış yağ asidi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HK	hipokondriyazis
HKB	hastalık kaygısı bozukluğu
İZİ	istenmeyen zihinsel ihlaller
kg	kilogram
KSKE	kısa sağlık kaygısı envanteri
KVH	kardiyovasküler hastalıklar
L	litre
m	metre
MD	Mediterranean diet
MEDAS	Mediterranean diet adherence screener
MSS	merkezi sinir sistemi
NAC	N-asetilsistein
nmol	nanomol
OKB	obsesif kompulsif bozukluk
PB	panik bozukluk
pmol	pikomol
SHAI	short health anxiety inventory
SİYK	sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi
SKE	sağlık kaygısı envanteri
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
SSB	somatik semptom bozukluğu
TYB	tıkınırcasına yeme bozukluğun
UUV	Ulusal Uyku Vakfı
YD	yeme davranışı
YSK	yüksek sağlık kaygısı
YTT-26	yeme tutum testi-26

1. GİRİŞ

Hastalığa dair inançlar, geçmişte kişinin kendinin veya başkasının hastalık ve sağlık deneyiminden kaynaklanır. Bu inançlar, semptomların ciddi bir tehdit edici hastalığın göstergesi olarak yorumlanmasına yol açabilir (1). Hemen hemen herkes bir dereceye kadar sağlık kaygısı yaşar ve olası sağlıkla ilgili tehdide ilişkin ihtiyatlı davranmak koruyucu olabilir ve sağlığı geliştirici davranışları tetikleyen sağlık sorunlarının erken belirtilerini belirlemeye yardımcı olabilir. Ancak sağlık kaygısı aşırı olduğunda zararlı olabilir (2). Aşırı ve uyumsuz sağlık kaygısı, hipokondriyazisin merkezi bir özelliğidir ancak sıklıkla diğer somatoform bozukluklarda, anksiyete bozukluklarında ve duygu durum bozukluklarında da mevcuttur (3). Sağlık anksiyetesi, hastalar bir mental hastalık için tanı kriterlerini karşılamadığında bile klinik olarak önemlidir ve duygusal iyilik hali ve sağlık davranışı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir (4).

Fiziksel olarak iyi olmak sağ kalım için önemlidir ve çoğu bireyin zaman zaman sağlık odaklı düşünce ve endişeler yaşaması normaldir. Ciddi tıbbi hastalıklardan muzdarip ve risk grubunda bulunan bireylerde sağlık endişeleri bedensel duyumlara karşı dikkati arttırarak ciddi belirti ve semptomların zamanında ele alınmasını sağlamaktadır. Aslında, öz bakımlarının bir parçası olarak, risk altındaki hastalara genellikle olası semptomlar için vücutlarını izleme talimatı verilir. Diğer durumlarda, organik patolojinin yokluğunda yoğun sağlık kaygıları/kaygısı gelişir, örneğin bireylerin iyi huylu bedensel hisleri yanlış yorumlanmasına dayanarak kendilerini ciddi şekilde hasta olarak algıladıkları zaman (ör. tümör, “Mide ağrım nadir görülen bir gastrointestinal bozukluktan kaynaklanıyor.”). Hipokondriyazis (HK), bu tür yanlış atamalara dayanan yoğun bir sağlık kaygısı modelini içerir (5).

Sağlıklı bir yaşam tarzı, uyumlu ve eksiksiz bir şekilde çalışması gereken bir dizi faktörden oluşur ve sağlıklı bir yaşam tarzında en yüksek etkiye sahip değişkenler beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, sedanter yaşam ve duygu durumudur (6). Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır (7). Mental sağlığının belirleyicileri karmaşık olsa da beslenme için ortaya çıkan ve zorlayıcı kanıtlar, ruhsal bozuklukların yüksek yaygınlığı ve görülme sıklığında hayati bir faktör olan diyetin kardiyoloji, endokrinoloji ve gastroenteroloji için olduğu kadar psikiyatri için de önemli olduğunu göstermektedir (8).

Sebze, meyve, sığır eti, kuzu eti, balık ve tam tahıllı besinlerden oluşan geleneksel bir diyet modeli, işlenmiş ve “sağlıksız” besinlerden oluşan batı diyet modeli ile karşılaştırıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme olasılığı daha düşük bulunmuştur (9). Orijinal Akdeniz diyeti sebzeler, baklagiller, meyveler, kabuklu yemişler ve kepekli tahıllar, zeytinyağı ve orta derecede yüksek miktarda balık ve deniz ürünleri ve orta miktarda şarap dahil olmak üzere yüksek miktarda sağlıklı besin içerir. Sadeghi ve arkadaşları (10), çalışmalarında Akdeniz diyetine bağlılığı yüksek olan katılımcıların, en düşük bağlılığa sahip olanlardan daha düşük depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntıya sahip olduğunu bulmuştur. Ayrıca meyve ve sebze tüketimi ile psikolojik rahatsızlıklar arasında ters ilişki olduğu gözlemlenmiştir. İranlılar arasında tüketilen tahılların neredeyse tamamı rafine edilmiş tahıllardır ve tahıl tüketimi ile bu bozukluklar arasında da pozitif bir ilişki bulunmuştur (10).

Akdeniz tipi beslenme mental sağlık ve daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olmaktadır. Fakat Akdeniz tipi beslenme ile hastalık kaygısı arasındaki ilişki literatürde bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerde hastalık kaygısının Akdeniz diyetine uyum ve yeme tutum davranışları üzerine etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipokondriyazis ile İlişkili Tanımlar

Hipokondriyazis (HK) temel özelliği, ciddi bir hastalığa sahip olma inancı veya korkusu ile meşgul olmaktır. Bu, reaksiyonu açıklamak için "yeterli organik patoloji olmadan" ve "tıbbi güvenceye rağmen" gerçekleşir. Bu tür korkular, ciddi bir hastalığın kanıtı olarak yanlış yorumlanan bedensel işaret ve duyumların algılanmasıyla ilişkilidir (11). HK, birinci basamakta %0.8-9.5 arasında prevalans bildiren çalışmalara rağmen klinik pratikte nadiren kullanılan bir tanıdır. Bunun nedeni, bozukluğun ciddiye alınmaması, bunun yerine hayali bir hastalık veya başka bir psikiyatrik bozukluğa ikincil bir fenomen olarak görülmesi olabilir (12). HK tedavisinde izlenen psikolojik ya da farmakolojik müdahalelerde amaç hastalığa mahkumiyeti, kaçınma davranışını ve kontrol etmeyi azaltmak, genel işleyişini ve yaşam kalitesini güvence altına almaktır. Bununla birlikte hipokondriyazis tanısı bir muamma olmaya devam etmektedir (13). HK bir şekilde somatoform, anksiyete, depresif ve kişilik bozukluklarının kesişme noktasında bulunur ve çoğu zaman bunların geneliyle örtüşür ve birlikte ortaya çıkar. Hipokondriyazis belirtileri sıklıkla diğer ruhsal bozukluklarda, örneğin panik bozukluk ve majör depresyonda da bulunmaktadır (14).

DSM-5'te, hipokondriyazis tanısının yerini iki yeni tanısal varlık almıştır: Bunlar; somatik semptom bozukluğu (SSB) ile hastalık kaygısı bozukluğudur (HKB). Her iki tanı da ortak bir kriter olarak yüksek sağlık kaygısını paylaşır, ancak ek somatik semptomlar yalnızca SSB için gereklidir, ancak HKB için gerekli değildir (3).

2.1.1. Somatik sendrom bozukluğu /Bedensel belirti bozukluğu

DSM-5 Somatik sendrom bozukluğu (SSB) şu şekilde tanımlamıştır: Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirtilerin 1. kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler 2. sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı ve 3. bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanması gibi en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışların herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik göstermesi (altı aydan daha uzun süreli olarak) durumudur (15).

2.1.2. Hastalık kaygısı bozukluğu

Hastalık kaygısı bozukluğu (HKB), ciddi bir hastalığa sahip olma veya geliştirme olasılığı hakkında yoğun korku içeren birincil bir yüksek sağlık kaygısı bozukluğudur (15). DSM-5'te HKB'nin teşhisi, Tablo 2.1'de de belirtildiği gibi, ciddi bir hastalığa sahip olma veya edinme, somatik semptomların yokluğu (veya eğer mevcutsa, sadece ciddiyette hafif semptomlar), sağlıkla ilgili yüksek düzeyde kaygı, sağlık durumu ile ilgili alarmlara yatkınlık ile meşgul olmayı veya aşırı sağlıkla ilgili davranışlar ya da tıbbi ortamlardan uyumsuz olarak kaçınma, sağlık durumu ile ilgili olarak alarmlara eğilimli olma şeklindedir (16).

Hipokondriyazis ile ilgili ikilem bulunmaktadır ve bu durum sağlık kaygısı ile ilişkisi hakkındadır (14). Hipokondriyazisin DSM-IV tanısı, HKB ile değiştirilmiştir ve DSM-5'in anksiyete veya duygu durum bozuklukları bölümlerine değil, somatik semptom bozuklukları bölümüne yerleştirilmiştir. Bununla birlikte, anksiyete bozuklukları ile benzerliği daha yüksek olduğu için somatizasyon bozukluğu olarak daha iyi sınıflandırılıp sınıflandırılmadığı konusunda sorular bulunmaktadır (17).

Tablo 2.1. Hastalık kaygısı bozukluğu DSM-5 kriterleri (15,16,18):

Ciddi bir hastalığa sahip olmak veya bu hastalığa yakalanmakla meşguliyet

Somatik semptomlar görülmez veya hafif şiddetlidir

Tıbbi bir durum varsa veya tıbbi bir durum geliştirme riski yüksekse, meşguliyet açıkça aşırı veya orantısızdır.

Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde kaygı/Hasta kişisel sağlık durumu hakkında kolayca alarmlara geçer

Sağlıkla ilgili aşırı davranışlar veya tıbbi ortamlardan uyumsuz olarak kaçınma

En az 6 ay süren hastalık kaygısı

Hastalık kaygısı başka bir psikiyatrik durumla daha iyi açıklanamaz

Alt tipler:

Bakım arayan:

Bu hastalar sıklıkla sağlık sistemini kullanmakta ve doktorlarını sürekli değiştirmektedir. Birden fazla araştırma ve tedavi isteyebilirler

Bakımdan kaçınan:

Bu hastalar tıbbi bakımdan kaçınırlar. Birincil doktor veya laboratuvar testinin yaşamı tehdit eden bir hastalığı (örneğin kanser) ortaya çıkaracağına dair ciddi endişeleri vardır.

2.1.3. Covid-19 pandemisi ve hastalık kaygısı

Koronavirüsler, tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Yüzeylelerinde çubuksu uzantıları taca benzetildiği için Latince’ de taç anlamına gelen “corona” kelimesinden yola çıkılarak bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) ismi verilmiştir (19). Covid-19 31 Aralık 2019’da Çin’de zatürre olarak belirtilen ilk vakalardan sonra hızla tüm dünyayı kapsayan küresel bir salgın yani “pandemi” halini almış olup hala devam etmektedir (20). Ülkemizde ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020’de saptanmıştır ve devamında artışla beraber tedavi ve karantina uygulamaları gerçekleştirilmiştir (19,20). Covid-19 salgını yalnız medikal sağlık krizi olarak değil, aynı zamanda mental sağlık için de alarmda olunması gereken bir durumdur. Salgına yakalanan bireylerde tipik travma tepkileri olan inkâr, şok ve şaşkınlık gibi tepkiler sıklıkla görülmektedir. Pandemi sürecinde hissedilen belirsizlik ve hastalık kaygısı bireylerde korku, mutsuzluk, umutsuzluk, çaresizlik gibi duygular yoğunluk görülmesine neden olmuştur (21).

Kaygı ve korku, insanın sağ salım dürtüsü olarak fonksiyonel duygulardır ve bireyleri Covid-19’dan korunma açısından tedbirli olma ve önlem almaya teşvik etme anlamında olumlu etkiye neden olmaktadır. Fakat salgına yönelik korku ve kaygının hastalık derecesine ulaşması durumunda psikolojik problemlere yol açabilmektedir (22).

Güncel literatürde hastalık kaygısı olan bireylerin pandemideki davranışları incelenmiştir. Pandemi sürecinde sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin bir kısmı sık sık hekimlere ve hastanelere başvurarak sağlık sisteminde yoğunluğa neden olabildikleri görülmüştür. Yüksek kaygısı olan diğer bireyler ise, hastanelerin Covid-19 bulaşma kaynağı olduğu endişesiyle tıbbi yardım isteme konusunda isteksiz oldukları görülmüştür (23). Mevcut pandemi sırasında hipokondriyazisli bireylerin test sonuçları negatif çıkmasına rağmen Covid-19’a sahip olma korkuları devam edebilir ve bazı fiziksel semptomlar hakkında endişe duydukları için birden fazla test yaptırmak isteyebilirler. Ayrıca, hipokondriyazisin Covid-19 pandemisi sırasında artan kaygı için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (24).

2.2. Mental Sağlık ve Beslenme

Ruh sağlığı ve bağımlılığın tedavisinde psikiyatrist, psikolog, farmakolog, hemşire, diyetisyen, sosyal çalışanlar, terapistler ve mental sağlık teknisyenleri gibi multidisipliner bir takım gereklidir. Diyetisyenler, beslenme durumunun optimize edilmesi bilişsel ve duygusal işlevi iyileştirdiği için mental bozuklukları ve bağımlılıkları olan bireylerin tedavisinde önemli bir role sahiptir (25).

Klinik psikiyatrik uygulama ile en ilgili besinler, merkezi sinir sistemini (MSS) etkileyen ve sağlıklı beyin fonksiyonu için gerekli seviyelerin altına düşme olasılığı en yüksek olan besinlerdir (26). Beyin büyümesi için tüm besinler gerekli olsa da nöro gelişmeyi destekleyen temel besinler arasında protein, demir, kolin, folat, iyot, A, D, B₆ ve B₁₂ vitaminleri ve uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri (ÇDYA) bulunur (27).

Proteinleri oluşturan aminoasitler vücudun yapıtaşdır. Amino asitler beyindeki nörotransmitterlerin sentezinde önemli role sahiptirler. Beyindeki birçok nörotransmitter aminoasitlerden sentezlenmektedir. Örneğin: nörotransmitterlerden dopamin, tirozin aminoasidinden, serotonin ise triptofan aminoasidinden sentezlenmektedir. Bu aminoasitlerin eksikliği beyindeki bu nörotransmitterlerin düşük seviyede olmasına neden olur. Eğer triptofan yetersizse, vücutta beyin hasarı ve mental defektler meydana gelebilir (28)

Beynin yapısına bakıldığında %60'ı yağdan oluşmaktadır. Dolayısıyla diyetteki yağın miktarı ve çeşidi duygu regülasyonu ve beyin fonksiyonunda önemli rol oynar. Yağlar sfingomiyelinlerin yapısında bulunduğu gibi, beynin gri maddesi özellikle omega-3 yağ asitlerince zengindir. Omega-3 yağ asitleri beyin fonksiyonları için çok önemlidir; bipolar hastalıklar, alzheimer ve strese etkileri olmakla birlikte, bu yöndeki çalışmalar henüz tamamlanmamıştır. Omega-3 yağ asitlerinin mental sağlıktaki etkinliğinin, membran yapısında olması, nörotransmitterler, epitelyum, nöral dejenerasyon ve inflamasyon üzerindeki etkilerinden ileri gelebileceği düşünülmektedir (29).

Vitaminler, mineraller ve doğal metabolitler, fiziksel ve zihinsel sağlık için gereklidir. Örneğin, B₁ vitamini takviyesi, kritik hastalarda ve alkolizm hastalarında nörolojik semptomları tersine çevirebilir. N-Asetilsistein (NAC) ve B₆ vitamini, nörolojik hasarı onarma ve hücrel korumanın yanı sıra normal metabolizma için önemlidir.

Arařtırmalar, inositolün depresyon, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), bipolar depresyon ve yeme bozukluklarında faydalı olabileceđini dűřündürmektedir (26).

Ayrıca arařtırmalar, bařta vitaminler olmak üzere çeřitli besin maddelerinin eksikliklerinin biliř bozduđunu gűstermiřtir. B₁₂ vitamini için en gűclű iliřkiyi gűsterdiđi (eksikliđi yorgunluđa, uyuřukluđa, depresyona, zayıf belleđe neden olur ve psikoz ile iliřkilidir), tiamin (B₁ vitamini; eksikliđi MSS semptomu olarak uyuřma ve Wernicke ensefalopatisi olan beriberi'ye neden olur), folik asit (B₉ vitamini; eksikliđi utero ve bebeklik dűneminde nűro geliřim üzerinde zararlı etkilere sahiptir ve eksiklikler yetiřkinlikte daha yűksek depresyon riski ile iliřkilidir) ve niasin (B₃ vitamini; eksikliđi sonucunda demansta Pellagra'ya neden olur) vitaminlerinin yine biliřsel fonksiyonları etkilediđi gűrűlműřtir (27).

Akdeniz tipi beslenme, yűksek miktarda posa, omega-3 yađ asitleri, B, E vitaminleri, magnezyum, antioksidanlar ve fitoűstrojenler içerir. Bu besinlerin psikolojik bozukluklara karřı koruyucu etkileri vardır (30). Bu bileřikler, detoksifiye edici enzimleri modűle ederek, bađıřıklık sistemini uyararak ve anti-bakteriyel, antioksidan veya nűroprotektif maddeler olarak hareket ederek etkilerini gűstermektedir (31). Avustralya űrnekleminde Akdeniz diyetine bađlılık ve kiřinin bildirdiđi psikolojik iřleyiř arasındaki iliřkiyi arařtıran Crichton ve arkadařları bitkisel besin alımının fiziksel iřlev, canlılık ve genel sađlık ile pozitif olarak iliřkilendirildi ve anksiyete, depresyon ve stres ile negatif olarak iliřkilendirilmiřtir (31).

2.2.1. Akdeniz diyeti

Beslenme, bűyűme, yařamın sűrdűrűlmesi ve sađlıđın korunması için besinlerin kullanılmasıdır (7). Bireylerin beslenmesi, tűm kűltűrel çeřitliliđiyle, bűyűk űlűde insanların sađlıđını, bűyűmesini ve geliřimini tanımlar. Sigara kullanımı ve fiziksel hareketsizlik gibi riskli davranıřlar sađlıđı etkileyebilir. Bűtűn bunlar, çevreyi sađlıđı geliřtirici bir hale getirmek için aktif űnlemler alınmadıkça, toplumların sađlıđını kűtűleřtirebilecek sosyal, kűltűrel, politik ve ekonomik bir ortam gerçekleřir (32).

Sađlıklı bir diyet vűcut ađırlıđı kontrolű, obezite, tip 2 diyabet, kardiyovaskűler hastalıklar (KVH) ve kanserin űnlenmesine katkıda bulunmalıdır. Ancak sađlıklı olmak sadece hastalıđın bulunmaması anlamına gelmemektedir. Ayrıca sađlıklı bir diyet, Dűnya

Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan genel sağlığın korunması ve iyileştirilmesine yardımcı olmalıdır (20).

Akdeniz diyeti; bol miktarda bitkisel kaynaklı besin (meyve, sebze, ekmek, diğer tahıl türleri, patatesler, fasulye, kuruyemişler ve tohumlar); minimum düzeyde işlenmiş besin, mevsimsel olarak taze ve yerel olarak yetiştirilen yiyecekler; tipik günlük tatlı olarak taze meyve, haftada birkaç kez tüketilen konsantre şeker içeren tatlılar veya bal; temel yağ kaynağı olarak zeytinyağı, günlük olarak düşük ila orta miktarda tüketilen süt ürünleri (özellikle peynir ve yoğurt); haftada sıfır ila dört yumurta; az miktarda tüketilen kırmızı et; ve normalde yemeklerle birlikte düşük ila orta miktarda tüketilen kırmızı şarap tüketimini içermektedir (34).

Akdeniz diyet modelinin, diğer güncel beslenme kalıplarına göre, esas olarak daha fazla bitkisel besin türleri ve daha az hayvansal besin tüketimi nedeniyle daha düşük çevresel etkiye sahip olduğu da belirtilmektedir (35).

Diyetisyenler tarafından kullanılan 14 maddeli bir Akdeniz diyeti (AD) ölçeği, AD gerçek uyumu değerlendirmede ve gelecekteki uyumunu arttırmak için bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu 14 madde şu şekildedir (36);

1. Ana yemeklerde temel yağ olarak zeytinyağı kullanımı
2. ≥ 4 yemek kaşığı/gün zeytinyağı tüketimi (kızartma, salata, ev dışı yemekler vb. için kullanılan yağlar dahil)
3. ≥ 2 porsiyon/gün sebze tüketimi
4. ≥ 3 porsiyon/gün meyve tüketimi
5. < 1 porsiyon/gün kırmızı et, hamburger veya et ürünleri (jambon, sosis vb.)
6. Günde < 1 porsiyon tereyağı, margarin veya krema
7. Günde < 1 porsiyon şekerli ve/veya gazlı içecekler
8. ≥ 1 porsiyon/gün şarap tüketimi
9. Haftada ≥ 3 porsiyon bakliyat tüketimi
10. Haftada ≥ 3 porsiyon balık veya kabuklu deniz ürünleri tüketimi
11. Kek, kurabiye, bisküvi veya muhallebi gibi hazır tatlıların veya hamur işlerinin (ev yapımı olmayan) haftada < 3 porsiyon tüketimi
12. Haftada ≥ 3 porsiyon kuruyemiş tüketimi (yer fıstığı dahil)

13. Dana eti, domuz eti, hamburger veya sosis yerine tercihen tavuk, hindi veya tavşan eti tüketimi
14. Haftada ≥ 2 porsiyon domates, sarımsak, soğan veya pırasa soslu zeytinyağı kullanımı

2.3. Mental Sağlık ve Uyku Durumu

Uyku problemleri, ruh sağlığı bozukluğu olan hastalarda sık görülen bir durumdur (37). Düzenli olarak gecelik 7 saatin altında uykunun, obezite, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı ve felç, depresyon ve artan ölüm riski gibi sağlık problemleri ile ilişkisi bulunmaktadır (38). Uykusuzluk (insomnia), sıklıkla fiziksel ve zihinsel sağlık bozukluklarının eşlik ettiği en yaygın görülen uyku bozukluğudur. Uykusuzluk, depresyon gelişimi için bir risk faktörüdür ve depresyonda uykusuzluğun kronikleşmesinde bir risk faktörüdür (39).

Çeşitli anksiyete bozukluklarında uyku durumunu inceleyen bir çalışmada, obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) dışında çoğu anksiyete bozukluk ile düşük uyku kalitesi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Ve tek başına görülen anksiyete bozukluklarına oranla yanında düşük uyku kalitesinin eşlik etmesinin mental sağlıkla ilgili yaşam kalitesini daha kötü etkilediği bulunmuştur (40).

2.4. Stres ve Beslenme İlişkisi

Stres, çevresel taleplerin bir organizmanın uyum kapasitesini zorlayarak hem psikolojik taleplere hem de hastalık riskine yol açabilecek biyolojik değişikliklere neden olduğu bir süreç olarak tanımlanır (41). Stresle ilgili üç teori veya bakış açısı vardır, bunlar; çevresel stres, psikolojik (duygusal) stres ve biyolojik strestir. Çevresel stres perspektifi, önemli uyarlanabilir taleplerle nesnel olarak ilişkili çevresel durumların veya deneyimlerin değerlendirilmesini vurgular. Psikolojik stres perspektifi, insanların belirli durumlar ve deneyimler tarafından kendilerine sunulan taleplerle başa çıkma yeteneklerine ilişkin öznel değerlendirmelerini vurgular. Son olarak, biyolojik stres perspektifi hem psikolojik hem de fiziksel olarak zorlu koşullar tarafından düzenlenen vücuttaki belirli fizyolojik sistemlerin işlevini vurgular (41). Stres, başa çıkma yeteneğimizi aştığında, vücut sistemlerini yorduğunda ve davranışsal veya fiziksel sorunlara neden olduğunda

kişide kaygının artmasına, kafa karışıklığına ve aşırı tepki verme gibi olumsuz sonuçlar yaratır (42).

Bağışıklık sistemimiz strese duyarlıdır. Bağışıklık tepkileri antijen, antikor, sitokinler ve hormonlar tarafından düzenlenir. Bağışıklık sisteminin işlevlerini düzenlemekten en çok lenfositler sorumludur. Timusta büyüyen ve olgunlaşan lenfositlere T hücreleri denir; diğer lenfositlere B hücreleri denir. T hücrelerinin B hücrelerine oranı dengesiz olduğunda, bağışıklık tepkisi tehlikeye girer ve etkili bir şekilde çalışmaz. Bağışıklık sistemleri tarafından üretilen diğer önemli kimyasallar makrofajlar, monositler ve granülositlerdir. Bu sistem, antijenlere kilitlenen ve iltihaplı reaksiyonlara neden olan antikorlar tarafından tetiklenir (42).

Literatürde bağışıklık ile stres arasındaki ilişkiyi incelen bir meta-analizde; stresli olayların bağışıklık sistemindeki değişikliklerle güvenilir bir şekilde ilişkilendirildiğini; a.) Akut zaman sınırlı stresörler, öncelikle 5 ila 100 dakika süren topluluk önünde konuşma ve zihinsel aritmetik gibi stresli deneyimlerin deneysel manipülasyonlarını içeriyordu. Bazı doğal bağışıklığın bazı parametrelerinin potansiyel olarak uyarlanabilir yukarı regülasyonu ve spesifik bağışıklığın bazı işlevlerinin aşağı regülasyonu ile ilişkilendirildi. b.) Kısa doğal stres faktörleri (sınavlar gibi), humoral bağışıklığı korurken hücresel bağışıklığı bastırma eğilimindeydi. c.) Kronik stresörler arasında demans bakımı, bir engelle yaşama ve işsizlik vardı. Bağışıklık sisteminin neredeyse tüm fonksiyonel önlemleri üzerinde olumsuz etkileri oldu. Hem doğal hem de spesifik bağışıklık, Th₁ (örn., T hücresi proliferatif yanıtları) ve Th₂ (örn., grip aşısına karşı antikor) parametreleri gibi olumsuz etkilenmiştir. d.) Bazı vakalarda, yaş veya hastalığın bir getirisi olan fiziksel savunmasızlık, stres faktörleri sırasında bağışıklık değişikliğine karşı savunmasızlığı da artırdığını bulmuştur (43).

2.5. Kaygı ve Yeme Bozukluğu

Sağlık kaygısı ile yeme alışkanlıkları ve şekle bağlı vücut kontrolü arasındaki ilişkiyi sistematik olarak araştıran Hadjistavropoulos ve Lawrence (4), 122 kadın ile yaptıkları çalışmada; klinik gözlemleri ve anekdot raporlarını doğrulayan sağlık kaygısı ve yeme alışkanlıkları arasında pozitif yönlü ilişkiler gözlemlendi, bu da sağlıkları hakkında endişeli bireylerin diyetle yatkınlık ve yiyecek meşguliyeti bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Anoreksiya nervoza (AN), daha önce belirsiz olan ve son derece nadir görülen bozukluk olup 1960'ların sonlarında batı toplumlarında çok daha yaygın hale geldi. Orta ve üst sınıf ailelerden gelen genç kadınlar, bazen kendilerini açlıktan öldürüyorlardı. Sonraki on yıl, yeni bir yeme bozukluğunun, bulimia nervozanın (BN) ortaya çıktığı görüldü; burada genç kadınlar, kendini aç bırakmak yerine tıkinırcasına yeme davranışı ardından genellikle arınmaya (yani, vücuttaki kalorilerden kurtulmaya yönelik aktif girişimler) yöneldi (44).

Yeme bozuklukları, ırk, yaş, milliyet veya cinsiyete bakılmaksızın dünya çapında milyonlarca kişiyi etkileyen ve önemli kişisel, ailevi ve toplumsal maliyetlere neden olan ciddi mental hastalıklarıdır. 80 yaşına kadar AN, BN ve tıkinırcasına yeme bozukluğunun (TYB) kümülatif yaşam boyu riski yaklaşık %4.6'dır (45). Yeme bozuklukları, psikosomatik duyarlılıkların iyi bir örneğidir. Psişe ve soma arasındaki ciddi bölünme, hastayı, bedeni ve iç dünyası arasında yaşanacak deneyimden uzaklaştırır. Böylece, hastalar duygularını ifade etmek ve içsel gerilimlerini sözel olarak anlatmak için yol bulamazlar. Bunun yerine, karmaşık duygusal yaşantılar, bedenleri yoluyla kanalize olur. Kelimelere dökemedikleri duygularını sıklıkla kusarlar (BN) ya da bedenlerini ve duygularını birlikte reddetme yolunu arayabilirler (AN) (46).

2.5.1. Anoreksiya nervoza

Yeme bozuklukları arasında anoreksiya nervoza (AN) daha az yaygın ama en şiddetli olan biçimdir (47). AN genellikle ergenlik döneminde başlayan ve genellikle zorlayıcı egzersizin eşlik ettiği katı diyet, aşırı yemek yemeyle veya yemeden çıkarma davranışı ile karakterize edilen ve sürekli düşük ağırlık ile sonuçlanan bir yeme bozukluğudur. Diğer özellikler arasında Tablo 2.7'de belirtildiği gibi rahatsız vücut imajı, daha fazla ağırlık kaybetme arzusu ve yaygın şişmanlık korkusu yer alır. Kadınlarda görülme sıklığı da erkeklerden daha fazladır (48).

2.5.2. Bulimia nervoza

Bulimia nervoza (BN); tıkinırcasına yeme ataklarına eşlik eden telafi edici davranışların (kendi kendini kusturma, laksatif ve diüretikleri yanlış yere kullanma, yememe veya aşırı spor yapma) üç ay içinde, haftada en az bir kere tekrarlaması ile karakterize olan ve kişinin kendini çoğunlukla dış görünüm ve vücut ağırlığı ile değerlendirip yargılamasına yol açan bir yeme bozukluğu türüdür. BN'lı bireyler AN gibi

sadece zayıf görüntü ile karakterize olmayıp normal ağırlıkta ve şişman da olabilmektedirler. BN olan kadınların yaklaşık yansında AN öyküsü bulunmaktadır. AN görülen kadın hastaların da yaklaşık yarısı ise bulimiktir (49,50).

2.5.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, BN gibi düzenli telafi edici davranışların olmadığı kontrolsüz ve belirgin sıkıntı hissinin eşlik ettiği sık ve kalıcı tıkınırcasına yeme atakları ile karakterizedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu da aşırı vücut ağırlığı ve obezite ile bağlantılıdır (51).

2.5.4. Ortoreksiya nevroza

Ortoreksiya, Yunanca doğru anlamına gelen “orto” ve iştah anlamına gelen orexi kelimelerinden türetilmiş olup bu terim sağlıklı ve doğru beslenme takıntısı için kullanılmaktadır (52). Ortoreksiya nevroza biyolojik yönden saf, herbisit, pestisit veya yapay maddeler içermeyen sağlıklı besinlerin tüketilmesine karşı patolojik bir saplantıdır ve kişinin amacı sağlığını korumaktır (53). Ortoreksiya, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısında bir hastalık olarak tanınmamaktadır ancak ortoreksinin bir bozukluk, davranışsal bir bağımlılık veya aşırı bir beslenme alışkanlığı olarak kabul edilip edilmemesi gerektiği tartışılmaktadır (54).

2.5.5. Yeme bozuklukları ile anksiyete ilişkisi

AN’ye duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar yüksek oranda eşlik eder. Madde kullanım bozukluklarının tıkınırcasına yeme/çıkarma tipine daha fazla eşlik ettiği bildirilmiştir. AN’de yaşam boyu eş tanı prevalansı depresyon için %50- 68, anksiyete bozuklukları için %30-65 aralığında verilmiştir. Obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) ise yaşam boyu eşlik etme oranı %25’ten fazladır. Ergen BN’lı olgularda %88 gibi yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar eşlik eder. En sık duygu durum bozuklukları (%49.9) ve anksiyete bozuklukları (%66.2) eşlik eder. TYB’ye en sık duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları eşlik etmektedir. Erişkin TYB’ de en sık konulan tanı majör depresif bozukluktur (%50) (55)

Tablo 2.2. DSM -5 Yeme Bozuklukları Tanı Kriterlerinde Kilit Noktalar (15,56):

Anoreksiya Nervosa (AN);
• Beklenenden daha düşük vücut ağırlığına yol açan yenen yiyeceklerin kısıtlanması • Vücut ağırlığında artış veya şişman olma konusunda yoğun korku • Vücut görüntüsünün bozulması Türler: kısıtlama veya aşırı yemek yeme / arınma
Bulimia Nervosa (BN);
• Aşırı yemek yeme (akranlarına kıyasla 2 saatlik bir süre içinde daha fazla miktarda yemek yenir ve tıkanma sırasında algılanan bir kontrol eksikliği vardır) • Vücut ağırlığında artışını önlemek için bir kanamadan sonra sağlıksız davranışların tekrar tekrar kullanılması: (kusma; laksatiflerin, diüretiklerin veya diğer ilaçların kötüye kullanılması; yiyecek kısıtlaması veya aşırı egzersiz) • Davranışlar 3 ay boyunca haftada en az bir kez ortaya çıkar • Kendine değer verme fazlasıyla vücut şekline ve ağırlığa bağlıdır • Davranışlar AN'dan ayrı olarak ortaya çıkar
Binge Eating (Tıkınırcasına yeme);
• 2 saatlik sürede kontrolünü kaybedecek şekilde aşırı yeme • Normalden hızlı yeme, aşırı doyana kadar, aç değilken yeme, yemek yerken utanma ve yedikten sonra kendini kötü hissetme (ataklarda en az 3 tanesi eşlik eder) • BN ve AN gibi arınma davranışı göstermezler
Kaçınma /kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu;
• Kişide önemli ağırlık kaybı veya çocuklarda beklenen vücut ağırlığı veya boy artışını karşılayamama, önemli beslenme yetersizliği, nazogastrik beslenme veya oral besin takviyeleri gibi besin dışı beslenmeye bağımlılık veya psikososyal işleyişe belirgin müdahale den en az birine neden olan beslenme bozukluğu
Diğer tanımlanmış beslenme bozuklukları;
Atipik AN: anoreksi için tüm kriterler, ancak ağırlık normal BN (düşük frekanslı ve / veya sınırlı süreli): frekans hariç tüm kriterler Aşırı yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve / veya sınırlı süreli): sıklık dışındaki tüm kriterler Arınma bozukluğu: aşırı yemek yemeden vücut ağırlığı kaybetme çabasıyla tekrarlayan arınma

Tablo 2.3. (Devam) DSM -5 Yeme Bozuklukları Tanı Kriterlerinde Kilit Noktalar (15, 56):

Pica
• En az 1 aylık bir süre boyunca besin değeri olmayan, besin dışı (kağıt, sabun, kumaş, saç, ip, yün, toprak, tebeşir, boya, sakız, metal, çakıl taşları, kömür vb.) maddeleri ısrarla tüketme
Geviş Getirme Bozukluğu
• En az 1 aylık bir süre boyunca tekrarlayan besin regürjitasyonu (geviş getirme) • Kısmen sindirilmiş veya sindirilmemiş besinler tekrar çiğnenmesi, yutulması veya çıkarılması

Yeme bozukluklarının temel özellikleri arasında vücut imajında bozukluk (örneğin zayıflığın aşırı değerlendirilmesi, vücut ağırlığı veya şekil endişeleri), aşırı veya yetersiz yeme kontrolü (örneğin, şiddetli diyet kısıtlaması, aşırı yeme) ve vücut ağırlığı veya şekli kontrol etmek için aşırı davranışlar (örneğin zorlayıcı egzersiz, arınma) bulunmaktadır (57).

Tamamen tutarlı olmasa da yeme bozukluğu olan kadınların normal kontrollere kıyasla daha yüksek anksiyete bozukluğu oranlarına sahip olduğunu görülmüştür. Özellikle, genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve agorafobi oranlarının daha yüksek olması, her tür yeme patolojisi ile ilişkili görünmektedir. Öte yandan obsesif-kompulsif bozukluk, kısıtlayıcı yeme patolojileriyle daha tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir (58).

2.6. Anksiyete/Kaygı ve Beslenme İlişkisi

Anksiyete, korku benzeri, bireyler tarafından iç sıkıntısı, kötü bir şey olacakmış hissiyatı şeklinde ifade edilen bir duygu, uyarıcı bir sinyaldir (59). HK, sağlık endişelerini içeren tek psikolojik bozukluk değildir. Abramowitz ve arkadaşları, anksiyete bozuklukları ile hipokondriyazis arasında benzerlikler bulmuştur. Özellikle panik bozukluk (PB) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve fobileri olan bireylerde spesifik olarak, korkulan olayların olasılığına ve olumsuz sonuçlarına ilişkin fazla tahminler, her durumda görülen temel özelliklerdir. PB’u olan hastalar, uyarılma ile ilgili duyumları tıbbi acil durumları (örneğin, kalp krizi) yanlış yorumlar; OKB’si olanlar, zararsız iç ve dış (takıntılı) ipuçlarını

olarak yanlış yorumlarlar ve sosyal fobisi olanlar, başkalarından gelen belirsiz sosyal ipuçlarını aşırı derecede olumsuz olarak yanlış yorumlarlar (5).

Bilişsel davranışçı yaklaşım, büyük ölçüde, hipokondriyazis semptomlarının hem topografik hem de fonksiyonel düzeyde belirli anksiyete bozukluklarınıninkilerle, yani panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile önemli ölçüde örtüştüğü söylemektedir (13). İstenmeyen zihinsel ihlaller (İZİ); düşünceler, görüntüler, duyular veya dürtüler olarak deneyimlenebilen ayırık, zamansız ve beklenmedik bilinçli bilişsel ürünlerdir. Bilişsel modeller İZİ'leri, Obsesif Kompulsif Bozukluktaki obsesyonlar, Vücut Dismorfik Bozukluktaki görünüm kusurlarıyla ilgili dismorfik meşguliyetler, Hipokondriyaziste hastalıklar ve ölümle ilgili düşünceler, yeme bozukluklarında yemek hakkındaki düşünceler ve dürtüler gibi klinik açıdan önemli semptomların normal varyantları olarak kabul eder (60). Belén Pascual-Vera ve Amparo Belloch bu dört mental hastalığın arasında fonksiyonel bağlantılar arasında benzerlikler bulmuşlardır. Bu sonuç bu farklı dört mental bozukluk arasındaki komorbidite oranları ve tedavilere benzer yanıtları ortak faktörleri anlamada yardımcı olabilir (60).

Sağlık anksiyetesi, bedensel duyular veya değişikliklerin ciddi bir hastalığın göstergesi olduğuna inanıldığı zaman ortaya çıkan, her yerde bulunan bir deneyimdir. Sağlık kaygısının şiddetli ifadeleri çoğunlukla hipokondriyazis olarak sınıflandırılır (13). Kronik bir hastalıkla yaşayan hastalar arasında hastalık veya semptomlarının geri dönmesi veya ilerlemesi ile ilgili korku ve endişeler her yerde bulunur. Bu korkular ve endişeler genellikle kronik bir hastalıkla yaşamaya yanıt olarak normatiftir ancak yine de bu endişelerin aşırılışması yaşam kalitesini ve günlük işleyişi etkileyebilir. Hastalık kaygısının yaşam kalitesi üzerine önemli etkileri bulunmaktadır ve bu etkileri bireyin daha az olumlu sağlık davranışı göstermesi, tedavi gören bireylerde tedaviye daha düşük uyum ve artan tıbbi maliyettir (61).

Sánchez ve arkadaşları, Akdeniz diyetine bağlılığın yaşam kalitesi ile ilgili zihinsel ve fiziksel sağlıkla ilişkili olup olmadığını değerlendirdiğinde, Akdeniz diyetine bağlılık ile kişinin kendi algıladığı fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesinin bazı yönleri arasında doğrudan doğrusal bir ilişki olduğunu göstermiştir. Akdeniz diyetine bağlılığın artmasıyla fiziksel işlev, vücut ağrısı, genel sağlık ve canlılık alanları için ortalama değerler önemli ölçüde daha iyi olmuştur. Akdeniz diyetine bağlılık, daha iyi bir Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) ile önemli ölçüde ilişkili bir faktör gibi görünmektedir (62).

Kimball ve arkadaşları, şiddetli / aşırı derecede depresif / endişeli katılımcılar arasında D vitamini eksikliğinin oldukça yaygın olduğunu ve D₃ ve B₁₂ vitamini takviyesi ile, 100 nmol / L'nin üzerinde serum 25 (OH) D konsantrasyonlarına ve 450 pmol / L'nin üzerinde vitamin B₁₂ seviyelerine ulaşmanın depresyon ve anksiyete sonuçlarını güvenli bir şekilde olumlu etkilediğini bulmuştur (63).

Beslenme düzeni besin öğeleri dahil olmak üzere kaygıyı etkilemektedir. Anahtar besinler (örn. B vitaminleri, C vitamini, magnezyum ve çinko), serotonin, noradrenalin ve dopamin dahil olmak üzere nörotransmitterlerin üretimine ve metabolizmasına katılım yoluyla stres tepkilerini düzenler (64). Mikro besin magnezyum, çinko ve bazı vitaminleri (yani, B vitaminleri, C vitamini ve E vitamini) ve omega-3 yağ asitlerini içeren sağlıklı bir beslenme düzeni, kaygıyı azaltmaya yardımcı olabilir (65).

Sonuç olarak, hipokondriyazisin tedavisinde izlenen psikolojik ya da farmakolojik müdahalelerde amaç hastalığa mahkumiyeti, kaçınma davranışını ve kontrol etmeyi azaltmak, genel işleyişini ve yaşam kalitesini güvence altına almaktır. Bununla birlikte hipokondriyazis tanısı bir muamma olmaya devam etmektedir. Beslenme ile ilişkisi literatürde henüz incelenmemesine rağmen beslenme durumunun optimize edilmesi bilişsel ve duygusal işlevi iyileştirdiği için mental bozuklukları ve bağımlılıkları olan bireylerin tedavisinde önemli bir role sahiptir. Akdeniz diyetine bağlı beslenme ile bitkisel besin alımının fiziksel işlev, canlılık ve genel sağlık ile pozitif olarak ilişkilendirilirken anksiyete, depresyon ve stres ile negatif olarak ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda iyi bir yaşam kalitesi içinde Akdeniz diyetine bağlılık, daha iyi bir Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) ile önemli ölçüde ilişkili bir faktör gibi görünmektedir.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Yer, Zaman ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma, Mayıs 2021 – Temmuz 2021 tarihleri arasında Ankara'da yaşayan çalışmaya katılmaya gönüllü 18-64 yaş arası 204 yetişkin birey (64 erkek, 140 kadın) ile yürütülmüştür.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmıştır (Proje no: KA21/180) (Ek 1).

3.2. Araştırma Planı

Yetişkin bireylerde hastalık kaygısının Akdeniz tipi beslenme ile uyum ve yeme tutum davranışı üzerine etkisini incelemek için çevrim içi anket yöntemi ile Google Formlar üzerinden bireylere ulaştırılmıştır ve formda yer alan açıklamalara göre doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anket formunun ilgili kişilere ulaştırılması için sosyal medya (instagram, facebook, whatsapp vb.) kullanılmıştır. Anket formunun doldurulması 15-20 dakika arası sürmektedir.

Anket formu (EK 2) kişisel bilgiler, bireyin beslenme ve uyku alışkanlıklarına dair soruları ve 14 sorudan oluşan Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği (EK 3), 18 sorudan oluşan Sağlık anksiyetesi envanteri (kısa versiyonu) (EK 4), 26 soru içeren Yeme Tutum Testi-26'yı (YTT-26) (EK 5) içermektedir.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Sosyo-demografik özellikler

Bireylere ait veriler anket formu (EK 2) ile çevrim içi olarak Google formlar üzerinden toplanırken sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum) sorulmuştur.

3.3.2. Beden kütle indeksi (BKİ)

Araştırmada katılımcıların kendi beyanlarına dayanan boy uzunluğu (m) ve vücut ağırlığı (kg) ölçüleri ile BKİ değerleri ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile hesaplanarak Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 3.3.2. DSÖ göre Beden Kütle İndeksi (BKİ) sınıflandırması (66):

BKİ (kg/m ²)	Sınıflandırılması
<18.5	Zayıf
18.5 – 24.9	Normal
25 – 29.9	Hafif şişman
30 – 34.9	1.derece Obez
35 – 39.9	2.derece Obez
>40	3.derece Obez

3.3.3. Beslenme ve uyku alışkanlıkları

Araştırmada bireylerin beslenme alışkanlıkları; ana ve ara öğün tüketimleri, öğün atlama, su tüketimi, besin takviyesi kullanımı ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi kaynakları sorulmuştur.

Ulusal Uyku Vakfı (UUV); genel sağlık ve esenliğin yanı sıra bilişsel, duygusal ve fiziksel sağlık da dikkate alınarak yetişkinler için uygun uyku süreleri için günde 7 ila 9 saat arası uyku önermektedir (67). Bireylerin uyku problemi olup olmadığı sorulmuş ve uyku saatleri UUV önerisi dikkate alınarak gruplandırılmıştır.

3.3.4. Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS)

Martínez-González ve arkadaşları (68), kardiyovasküler hastalıklardan primer korunmada Akdeniz tipi beslenme alışkanlıklarının araştırıldığı PREDIMED adlı çalışmada 14 sorudan oluşan Akdeniz diyeti bağlılık ölçeği [Mediterranean diet adherence screener (MEDAS)] kullanılmış, sonrasında da Schröder ve arkadaşları tarafından oluşturulan anket formunun geçerliliği yapılmıştır (69). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Pehlivanoglu ve arkadaşları tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha katsayısı 0.829 bulunmuştur. Bu değer ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (70). 14 sorudan oluşan

Akdeniz diyetine bağıllık ölçeği bireylerin besin tüketim miktarına göre sorulan her soru için 1 ya da 0 puan alınmakta olup, toplam puanın hesaplaması yapılmaktadır.

Toplam puanın 7 ve üzerinde olması bireyin Akdeniz diyetine kabul edilebilir derece uyumunun olduğunu, 9 ve üzerinde olması ise bireyin Akdeniz diyetine sıkı uyumunun olduğunu göstermektedir (71).

3.3.5. Kısa sağlık kaygısı envanteri

Salkovskis ve arkadaşlarının geliştirdiği 64 maddeden oluşan sağlık kaygısı envanteri (SKE) ve bu ölçeğin kısaltılmış bir versiyonu olan kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE;18 madde), hem normal sağlık kaygısı seviyelerine hem de şiddetli sağlık kaygısına duyarlı olmak üzere geliştirdi (72,73). Kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) 18 maddeden oluşmaktadır ve ilk 14 maddesi hastaların ruhsal durumunu sorgularken kalan 4 soruda ise kişilerin sahip oldukları ciddi bir hastalık varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceğine dair fikir yürütmelerini istemektedir. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır ve yüksek puan alınması yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini ifade etmektedir. KSKE'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmış ve güvenilirlik analizlerinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.918 olarak bulunmuştur (74).

Literatürde KSKE kesme puanı ile ilgili kesin bir aralık bulunmamaktadır. Rode ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada bireyleri toplam puanlarına göre; 15 ve üzerinde ise yüksek sağlık kaygısı, 18 ve üzeri olanları ise hipokondriyal olarak sınıflandırmıştır (75). Tyrer ve arkadaşları ise 20 puan ve üzeri alanları yüksek sağlık kaygısı olan bireyler olarak değerlendirmiştir (76). Ancak yazarlar, bu kesme puanının belirlendiği popülasyonu, örneklem büyüklüğünü ve hipokondriyazisli bireyleri belirlemek için tanısız görüşme yapıp yapılmadığını belirtmemiştir. Diğer çalışmalarda, kesme puanları için bir gerekçe sağlamamaktadır (73). Net belirlenmiş tek bir kesim noktası bulunmadığı için veri dağılımına en uygun olan Rode ve arkadaşlarının kullandığı kesme noktaları kullanılmıştır (75). Katılımcılar 15 puan altı alanlar sağlıklı, 15-17 puan arası yüksek sağlık kaygısı olan kişiler, 18 ve üstü puan alanlar yüksek sağlık kaygısı olan ve hipokondriyal kişiler olacak şekilde 3 gruba ayrılmıştır.

3.3.6. Yeme tutum testi-26 (YTT-26)

Yeme tutum testi-26 (YTT-26), bireylerin kendi kendine doldurabildiği bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Garner ve Garfinkel tarafından, anoreksiya nervozanın semptomlarını ölçmek için geliştirilmiştir (77). Orijinal yeme tutum testi olan YTT-40'tan temel almaktadır. YTT-26 testinde sonuçlar, 26 maddenin puanlarının toplamının değerlendirilmesi ile belirlenir. Test sonucunda 0 ile 53 arasında değerler alınabilir, 20 puan YTT-26 için kesim noktası olarak kullanılmaktadır (78).

Ölçekte 20 ve üzeri puan alan bireyler “anormal yeme davranışı” olan bireyler olarak adlandırılırken, 20'nin altında puan alanlar ise “normal yeme davranışı” olan bireyler olarak değerlendirilmektedir. Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk tarafından Türkçeye uyarlanan YTT-26 Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0.84, test-tekrar test durağanlık katsayısı ise 0.78 olarak bulunmuştur (79).

3.3.7. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Nitel değişkenler sayı (S) ve yüzde (%) ile, nicel değişkenler ise ortalama (X), standart sapma ($\pm$ SS), minimum ve maksimum değerler olarak belirtilmiştir.

Sayısal verilerde normal dağılıma uygunluk için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilks testlerine bakıldığında normal dağılıma uygun olmadığı için analizlerde Ki Kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise p değeri 0.05 den küçük olması şeklinde kabul edilmiştir. İki değişken arasındaki karşılıklı ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki neden sonuç ilişkisini incelemek için Binary (ikili) lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Bireysel Özellikler

Bu çalışmaya katılan 204 bireyin yaşları 18 – 64 arası değişen yetişkin bireylerden oluşmaktadır. Ortalama yaş 36.7 ± 11.56 yıl bulunmuştur. Katılımcıların 140 'ı (%68,8) kadın, 64'ü (31.4) erkek bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 4.1'de bireylerin cinsiyetine göre öğrenim ve medeni durumları incelenmiştir. Kadınlarda lise ve altı eğitimi olan 28 kişi (5 kişi ilkokul mezunu, 2 kişi ortaokul mezunu, 22 kişi lise mezunu), üniversite mezunu 129 (%63.2) kişi ve lisansüstü mezunu 40 (%19.6) kişi bulunmaktaydı. Erkeklerde öğrenim durumu dağılımında %70 ile en büyük yüzdeye üniversite mezunu bireyler sahipti. Kadınların 51'i (%34.6) bekar, 81 'i (%57.9) evli ve 8'i (%5.7) boşandığını belirtmektedir. Erkeklerin ise evli ve bekar olanların sayıları eş olup 31 kişiden oluşmakta (%48.4) ve kalan 2 kişi (%3.1) boşanmış olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.1. Bireylerin cinsiyetine göre sosyo- demografik özellikleri dağılımı

Demografik	Kadın (n=140)		Erkek (n=64)		Toplam (n=204)	
Özellikler	S	%	S	%	S	%
Öğrenim durumu						
Lise ve lise altı mezunu	28	20	7	11	35	17.2
Üniversite mezunu	84	60	45	70.2	129	63.2
Lisans üstü mezunu	28	20	12	18.8	40	19.6
Medeni durum						
Bekar	51	34.6	31	48.4	82	40.2
Evli	81	57.9	31	48.4	112	54.9
Boşanmış	8	5.7	2	3.1	10	4.9

Katılımcıların antropometrik değerleri Tablo 4.2 'de incelenmiştir. Bireylerin boyları 120-191 cm arası olup ortalama 167.2 ± 9.41 cm olduğu bulunmuştur. Ağırlık 44-135 kg arasında olup ortalama 71.4 ± 15.31 kg'dır. Beden kütle indeksi (BKİ) alt değeri 13.58 kg/m^2 , üst değeri ise 38.79 kg/m^2 olup ortalama BKİ $21.27 \pm 4.01 \text{ kg/m}^2$ bulunmuştur.

Tablo 4.2 Bireylerin antropometrik değerleri

Antropometrik Değerler	Alt	Üst	$\bar{x}$	$\pm SS$
Boy (cm)	120	191	167.2	9.41
Ağırlık (kg)	44	135	71.4	15.31
BKİ (kg/m^2)	13.58	38.79	21.27	4.01

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.3'te bireylerin cinsiyete göre BKİ gruplaması verilmiş ve hastalık durumu değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre BKİ gruplaması incelendiğinde zayıf ($\text{BKİ} < 18.5 \text{ kg/m}^2$) olan 55 kişinin 3'ü erkek ve 52'si kadın bireylerden, normal ($\text{BKİ} 18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) gruplamada yer alan 110 (%53.9) kişinin 71'i kadın ve 39 'u erkek bireylerden, hafif şişman ve obez ($\text{BKİ} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) 39 bireyin 17'si kadın ve 22'si erkek bireylerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre BKİ grupları dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalık durumunun varlığının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında 54 (%26.5) kişinin tanısı konmuş hastalığı bulunmakta olup bunun 11'inin erkek, 43'ünün kadın bireyler olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre hastalık durumunun varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bireylerde bir ve birden fazla tanısı konmuş hastalığı olanlar bulunmaktaydı. 8 kişide (%18.6) astım, 9 (%16.6) kişide hipertansiyon, 4 (%7.4) kişide kardiyovasküler hastalıklar (KVH), 9 (%16.6) kişide Tip 2 Diyabet, 12 (%27.9) kişide hipotiroidizm, 8 (%14.8) kişide sindirim sistemi hastalıkları (reflü, ülser, gastrit, irritabl barsak sendromu (İBS)), 4 kişide (%7.4) romatizma ve 8 kişide (%14.8) diğer (Hodgkinlenfoma, fibromiyaji, Akdeniz anemisi, beyin tümörü, endometriosis) hastalık tanısına sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.3 Bireylerin cinsiyete göre BKİ ve hastalık durumunun dağılımı

	Kadın (n=140)		Erkek (n=64)		Toplam (n=204)		p değeri
	S	%	S	%	S	%	
BKİ (kg/m²)							
<18.5	52	37.1	3	4.7	55	27	0.000*
18.5 – 24.9	71	50.7	39	60.9	110	53.9	
≥25	17	12.2	22	34.4	39	19.1	
Hastalık durumu							
Var	43	30.7	11	17.2	54	26.5	0.042*
Yok	97	69.3	53	82.8	150	73.5	
Hastalığın türü**							
Astım	8	18.6	-	-	8	14.8	
Hipertansiyon	6	13.9	3	27.3	9	16.6	
KVH	3	7	1	9	4	7.4	
Tip 2 diyabet	3	7	6	54.5	9	16.6	
Hipotiroidizm	12	27.9	-	-	12	22.2	
Sindirim sistemi hastalıkları	7	16.3	1	9	8	14.8	
Romatizma	4	9.3	-	-	4	7.4	
Diğer	7	16.3	1	9	8	14.8	

Ki Kare *(p<0.05) | **Bir bireyde birden fazla hastalık bulunabilmekteydi. BKİ: Beden Kütle İndeksi; KVH: Kardiyovasküler hastalıklar

4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Uyku Durumları

Bireylerin cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları ve uyku durumları ile ilgili veriler Tablo 4.4'te incelenmiştir. Ana öğün tüketimi %56.9 (n=116) ile günde en fazla 2 ana öğün tüketimi olduğu görülmüştür. Bireylerin % 40.7 sinin 3 veya daha fazla ana öğün tüketimi olduğu gözlemlenmiştir. 204 kişiden 191'i ana öğün atlamaktadır. En fazla atlanan öğün %58.1 ile öğle yemeği olup bu ana öğünü tüketmeyen 111 kişinin 79'u kadın, 32'si erkek bireylerden oluşmaktadır. Sonrasında sırasıyla %34 ile kahvaltı, %7.9 ile akşam yemeğini atlayıp tüketmeyen bireyler gelmekteydi. Ara öğün tüketimi sorulduğunda ise bireylerin %66.7'sinin ara öğün tüketiminin olduğu görülmüştür. Bu bireylerin 48'i (%35) 1 kez, 64'ü (%46.7) 2 kez ve 25'i (%18.2) ise günde 3 ve daha fazla ara öğün tüketmektedir. Günlük ortalama su tüketimi ise 1.9 ± 0.91 litre olduğu bulunmuştur. Su tüketimleri 1.000 ml ve altı olan 60 (%29.4) kişi, 1.001-2.000 ml arası olan 87 (%42.6), 2.001 ml ve üstü su tüketen 57 (%28) kişi bulunmaktadır.

Uyku problemi olduğunu belirten 79 (%38.7) bireyin 53'ü kadın 26'sı erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Bireylerin günlük uyku saati 2 ila 13 saat arası değişmekte olup ortalama 7.1 ± 1.28 saat olduğu bulunmuştur. 7 saatten az uyuyan 121 (%59.3) kişi, 7 saat ve üstü uyuyan 83 kişi bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylerin cinsiyetine göre beslenme alışkanlıklarının ve uyku durumlarının dağılımı

	Kadın (n=140)		Erkek (n=64)		Toplam (n=204)	
	S	%	S	%	S	%
Ana öğün						
1	4	2.9	1	1,6	5	2,5
2	82	58.6	34	53,1	116	56,9
3 veya daha fazla	54	38,6	29	45,3	83	40,7
Atlanılan ana öğün						
Kahvaltı	40	31	25	40.3	65	34
Öğle	79	61.2	32	51.6	111	58.1
Akşam	10	7.8	5	8.1	15	7.9
Ara öğün						
Var	101	72.1	35	54.7	136	66.7
Yok	39	27.9	29	45.3	68	33.3
Ara öğün sayısı						
1	35	34.3	13	37.1	48	35
2	48	47.1	16	45.7	64	46.7
3 ve üstü	19	18.6	6	17.1	25	18.2
Su tüketimi						
1.000 ml ve altı	44	31.4	16	25	60	29.4
1.001-2.000 ml arası	58	41.4	29	45.3	87	42.6
2.001 ml ve üstü	38	27.2	19	29.7	57	28
Uyku problemi						
Var	53	37,9	26	40,6	79	38,7
Yok	87	62,1	38	59,4	125	61,3
Uyku süresi						
7 saaten az	78	55.7	43	67.2	121	59.3
7 saat ve üstü	62	44.3	21	32.8	83	40.7

Tablo 4.5'te bireylerin cinsiyete göre besin desteği kullanma durumları verilmiştir. Katılımcılardan 126 (%61.8) kişi besin desteği kullanmazken, 78 (%38.2) kişinin 1 veya daha fazla besin desteği kullandığı görülmüştür. Bireylerin kullandığı besin destekleri çoktan aza doğru sıralandığında % 35.9 'u D vitamini, %29.5'i multivitamin -mineral, %23.1'i balık yağı (omega-3), %17.9'u probiyotik, %15.4'ü C vitamini, %11.5 'i magnezyum, %8.9'u B grubu vitaminler, % 7.7 kolajen, % 6.4'ü çinko, %3.8'i coenzim Q10, % 2.5 oranlarında krom, demir ve propolis desteği, %1.2 oranlarında ginseng, kalsiyum ve selenyum desteği kullanıldığı saptanmıştır.

Tablo 4.5 Bireylerin cinsiyete göre besin desteği kullanımları

	Kadın (n=140)		Erkek (n=64)		Toplam (n=204)	
	S	%	S	%	S	%
Besin desteği kullanımı						
Var	58	41.4	20	31.2	78	38.2
Yok	82	58.6	44	68.8	126	61.8
Kullanılan Besin Destekleri						
Multivitamin-mineral	17	29.3	6	30	23	29.5
B grubu vitaminler	5	8.6	2	10	7	8.9
C vitamini	8	13.8	4	20	12	15.4
D vitamini	23	39.6	5	25	28	35.9
Magnezyum	8	13.8	1	5	9	11.5
Selenyum	1	1.7	-	-	1	1.2
Çinko	5	8.6	-	-	5	6.4
Kalsiyum	1	1.7	-	-	1	1.2
Krom	2	3.4	-	-	2	2.5
Demir	2	3.4	-	-	2	2.5
Balık yağı (omega-3)	15	25.9	3	15	18	23.1
Probiyotik	10	17.2	4	20	14	17.9
Propolis	1	1.7	1	5	2	2.5
Ginseng	-	-	1	5	1	1.2
Coenzim Q10	1	1.7	2	10	3	3.8
Kolajen	5	8.6	1	5	6	7.7

4.3. Bireylerin Akdeniz Diyetine Bağlılık ölçeği (MEDAS) puanlarına göre Değerlendirilmesi

Tablo 4.6'da bireylerin Akdeniz diyetine (AD) uyumlarının sosyo-demografik özelliklerine, BKİ ve hastalığa göre karşılaştırılması incelenmiştir. Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS) puanları toplamı 1 ila 10 arasında olup ortalama puan 5.2 ± 1.72 bulunmuştur. AD kabul edilebilir uyumu olan 46 (%22.5) kişi bulunmaktadır. Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği puanları 7 ve üstü olanların %37'si 45 yaş üstü bireyler, %30.4'ü 25-34 yaş arası, %17.4'ü 35-44 yaş arası, %15.2'si 25 yaş altı ve kalan %4.3'ü 55 yaş üstü bireylerden oluşuyordu. Yaş ile Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). AD kabul edilebilir uyumu olan 46 kişinin 36'sı (%78.3) kadın, 10'u (%21.7) erkektir. Cinsiyete göre MEDAS puanı sonuçları arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6 incelendiğinde AD uyumlu olmayan bireylerin ise %26.6'sı zayıf, %53.2'si normal, %20.3'ü hafif şişman ve üstü sınıflamasına girmektedir. BKİ gruplarına göre MEDAS puanı sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). AD uyumu kabul edilebilir olan bireylerin 19'u bekar ve diğer 27 kişi ise evlidir. Medeni durum ile MEDAS puanı sonuçları arasında ilişki istatistiksel olarak önemli bulunamamıştır ($p > 0.05$). AD kabul edilebilir uyumu olan bireylerin 3'ünün lise ve lise altı mezunu, 36'sının üniversite mezunu ve 7'sinin lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Öğrenim durumu ile MEDAS puanı sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalık durumuna göre AD uyumu karşılaştırıldığında, AD kabul edilebilir uyumu olan 46 kişinin 10'u (%21.7) tanısı konmuş bir hastalığı bulunmakta ve 36 'sının (%78.3) herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Hastalık durumu ve AD bağlılık ölçek puanı sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6. Bireylerin MEDAS puanlarına göre sosyo-demografik özelliklerinin, BKİ ve hastalık durumunun değerlendirilmesi

MEDAS puanları					
	AD uyumlu olmayan		AD kabul edilebilir uyum		
	<7 (n=158)		≥ 7(n=46)		
	S	%	S	%	p değeri
Yaş					
<25	25	15.8	7	15.2	0.439
25-34	54	34.2	14	30.4	
35-44	39	24.7	8	17.4	
≥45	40	25.3	17	37	
Cinsiyet					
Kadın	104	65.8	36	78.3	0.110
Erkek	54	34.2	10	21.7	
BKİ (kg/m²)					
<18.5	42	26.6	13	28.3	0.747
18.5 – 24.9	84	53.2	26	56.5	
≥25	32	20.3	7	15.2	
Medeni durum					
Bekar	63	39.9	19	41.3	0.214
Evli	85	53.8	27	58.7	
Boşanmış	10	6.3	-	-	
Öğrenim durumu					
Lise ve altı mezunu	32	20.3	3	6.5	0.037*
Üniversite mezunu	93	58.9	36	78.3	
Lisansüstü mezunu	33	20.9	7	15.2	
Hastalık					
Var	44	27.8	10	21.7	0.409
Yok	114	72.2	36	78.3	

Ki kare *(p<0.05) | MEDAS: Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği; AD: Akdeniz diyeti; BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.7'de bireylerin beslenme alışkanlıklarına göre Akdeniz diyetine (AD) uyumlarına bakılmıştır. AD uyum düzeyi kabul edilebilir olanların %63'ü 2 ana öğün, %34.8'i 3 veya daha fazla, %2.2 si ise tek ana öğün yapmaktadır. Ana öğün tüketimleri ile AD bağlılık ölçek puanı sonuçları arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). AD uyumu olan bireylerin 41'i öğün atlamakta ve büyük oranı %75.6'sı öğle yemeğini atlamaktadır. Kalan bireylerin %14.6'sı kahvaltıyı, %9.8'i akşam yemeğini atlamaktadır. AD uyumlu olmayan bireylerden 150'si öğün atlamakta olup %53.3'ü öğle, %39.3'ü kahvaltı ve %7.3'ü akşam yemeğini atlıyordu. Ana öğün atlama ile AD bağlılık ölçek puanı sonuçları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). AD bağlılık ölçeği puanı ≥ 7 olan bireylerin 34'ü ara öğün yapmakta, 12'si ise ara öğün tüketimi yapmamaktadır. AD uyumu olan ve ara öğün yapan bireylerin 11'i 1 kere, 18'i iki kere, 6'sı 3 ve üstü kere ara öğün yapmaktadır. Ara öğün tüketimi ve sayıları ile AD bağlılık ölçek puanı sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

AD uyumu olan 46 kişinin yarısı (%50) besin desteği kullanmaktadır. AD uyumu olan bireylerin günlük su tüketimine bakıldığında 3'ünün 1.000 ml ve altı, 19'unun 1.001-2.000 ml arası, 24'ünün 2.001 ml ve üstü su tükettiği görülmüştür. Bireylerin su tüketimi ve AD kabul edilebilir uyum sonuçları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Uyku problemi olmadığını belirten 34 (%73.9) kişi ve uyku problemi olduğunu belirten 12 (%26.1) kişi AD kabul edilebilir uyum göstermektedir. AD uyumu kabul edilebilir olan bireylerin uyku sürelerine bakıldığında 27'sinin (%58.7) 7 saatten az ve 19'unun (%41.3) 7 ve üstü saat uyuduğu görülmüştür (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Bireylerin MEDAS puanlarına göre beslenme alışkanlıkları ve uyku durumlarının değerlendirilmesi

MEDAS puanları					
	AD uyumlu olmayan <7 (n=158)		AD Kabul edilebilir uyum ≥ 7(n=46)		
	S	%	S	%	p değeri
Ana öğün					
1	4	2.5	1	2.2	0.629
2	87	55.1	29	63	
3 veya daha fazla	67	42.4	16	34.8	
Atlanılan ana öğün					
Kahvaltı	59	39.3	6	14.6	0.013*
Öğle	80	53.3	31	75.6	
Akşam	11	7.3	4	9.8	
Ara öğün					
Var	102	64.6	34	73.9	0.236
Yok	56	35.4	12	26.1	
Ara öğün sayısı					
1	37	36.3	11	31.4	0.807
2	46	45.1	18	51.4	
3 ve üstü	19	18.6	6	17.1	
Besin desteği kullanımı					
Var	55	34.8	23	50	0.062
Yok	103	65.2	23	50	
Su tüketimi					
1.000 ml ve altı	57	36.1	3	6.5	0.000*
1.001-2.000 ml arası	68	43	19	41.3	
2.001 ml ve üstü	33	20.9	24	52.2	
Uyku problemi					
Var	67	42.4	12	26.1	0.046*
Yok	91	57.6	34	73.9	
Uyku Süresi					
7 saatten az	94	59.5	27	58.7	0.923
7 saat ve üstü	64	40.5	19	41.3	

Ki kare *(p<0.05) | MEDAS: Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği; AD: Akdeniz diyeti

Tablo 4.8'de bireylerin Akdeniz diyetine (AD) bağıllık ölçeği puanları ile BKİ, su tüketimi ve uyku saatleri arasındaki ilişki incelenmiştir. BKİ değerleri ile AD bağıllık ölçeği puanları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişki beklenen yönde fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($r=-0.115$) ($p>0.05$). Su tüketimleri ile MEDAS puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.321$) ($p<0.05$). AD bağıllık ölçeğinden alınan puanları ile uyku saatleri arasındaki ilişkiye bakıldığında zaman değişkenlerinden biri artarken ötekisinin de arttığı bulunmuştur. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0.31$) ($p>0.05$).

Tablo 4.8 Bireylerin MEDAS puanlarının BKİ değerleri, su tüketimi ve uyku saati ile ilişkisi

	MEDAS puanları	
	r	p
BKİ (kg/m ²)	-0.115	0.101
Su tüketimi (ml)	0.321	0.000*
Uyku (saat)	0.31	0.662

Spearman Korelasyon Analizi | MEDAS: Akdeniz diyetine bağıllık ölçeği; (BKİ: Beden Kütle İndeksi)

4.4. Bireylerin Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) Sonuçlarına göre Karşılaştırılması

Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) sonuçlarında, 26 maddenin puanlarının toplamında 20 ve üzeri puan alan bireyler “anormal yeme davranışı” olan bireyler olarak adlandırılırken, 20’nin altında puan alanlar ise “normal yeme davranışı” olan bireylerdir.

YTT-26 toplam puanları 1 ile 73 arasında olup ortalama puan 18.2 ± 14.48 olduğu görülmüştür. Bulgularda 20 puanın altında olup normal yeme davranışı gösteren 128 (%62.7) kişi ve 20 ve üstü puana sahip anormal yeme davranışı olan 76 (%37.3) kişi bulunmaktadır. YTT-26 ölçeğinden 20 ve üzeri puan alan bireylerin en büyük yüzdesi, %43.3 ile 25-34 yaş arası yetişkinlerden oluşmaktadır. Yeme bozukluğu olan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi anormal yeme davranışı olan 76 kişinin 55'i (%72.4) kadın, 21'i (27.6) erkek bireylerden oluşuyordu. Cinsiyet ile YTT-26 ölçek puanları karşılaştırıldığında sonuçlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Anormal yeme davranışı olan bireylerin BKİ sınıflamasına bakıldığında %26.3'ü zayıf, %51.3'ü normal aralıkta ve %22.4'ünün hafif şişman ve üstü sınıfında olduğu bulunmuştur. BKİ sınıfları ve YTT-26 ölçek puanları karşılaştırıldığında sonuçlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

YTT-26 sonuçları 20 ve üstü olan bireylerin 33'ünün bekar, 40'ının evli ve 3'ünün boşanmış olduğu görülmüştür. Medeni durum ile YTT-26 ölçek puanları karşılaştırıldığında sonuçlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Anormal yeme davranışı olanlarda öğrenim durumu lise ve lise altı mezunu 18 kişi, üniversite mezunu 44 kişi ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip 14 kişi bulunmaktadır.

Anormal yeme davranışı olan bireylerden %77.6'sında herhangi bir hastalık görülmemektedir ama %22.4'ü tanısı konmuş en az bir hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Hastalık varlığına göre YTT-26 sonuçları karşılaştırıldığında sonuçlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo4.9).

Tablo 4.9. Bireylerin YTT-26 puanlarına göre sosyo-demografik özelliklerinin, BKİ ve hastalık durumunun değerlendirilmesi

YTT-26 puanları					
	Normal YD		Anormal YD		p değeri
	<20 (n=128)		≥ 20(n=76)		
	S	%	S	%	
Yaş					
<25	18	14.1	14	18.4	0.039*
25-34	35	27.3	33	43.4	
35-44	35	27.3	12	15.8	
≥45	40	31.2	17	22.4	
Cinsiyet					
Kadın	85	66.4	55	72.4	0.375
Erkek	43	33.6	21	27.6	
BKİ					
<18.5	35	27.3	20	26.3	0.657
18.5 – 24.9	71	55.5	39	51.3	
≥25	22	17.2	17	22.4	
Medeni durum					
Bekar	49	38.3	33	43.4	0.722
Evli	72	56.2	40	52.6	
Boşanmış	7	5.5	3	3.9	
Öğrenim durumu					
Lise ve lise altı mezunu	17	13.3	18	23.7	0.162
Üniversite mezunu	85	66.4	44	57.9	
Lisansüstü mezunu	26	20.3	14	18.4	
Hastalık					
Var	37	28.9	17	22.4	0.306
Yok	91	71.7	59	77.6	

Ki Kare *(p<0.05) | YTT-26: Yeme Tutum Testi-26; YD: yeme davranışı

Tablo 4.10'da bireylerin beslenme alışkanlıkları ve uyku durumları ile YTT-26 sonuçları ile karşılaştırılması incelenmiştir. Anormal yeme davranışı olan bireylerin ana öğün tüketimleri incelendiği zaman günde 1 ana öğün yapan 1 (%1.3) kişi, 2 öğün yapan 44 (%57.9) kişi, 3 veya daha fazla öğün tüketen ise 31 (%40.8) kişi bulunmaktadır. Ana

öğün tüketim adetine göre YTT-26 sonuçları karşılaştırıldığında sonuçlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunamamıştır. ($p>0.05$)

Anormal yeme davranışı olan 76 kişinin 70'inin öğün atladığı görülmüştür. En fazla atlanan öğün öğle yemeği olup (%52.9) atlayan 37 kişi bulunmaktadır. Sonrasında kahvaltıyı atlayan 27 (%38.6) kişi ve akşam yemeğini atlayan 6 (%8.6) kişi bulunmaktadır. Ana öğün atlama ve YTT-26 sonuçları karşılaştırıldığında sonuçlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$). Ara öğün tüketimi olan 48 kişi ve olmayan 28 kişide anormal yeme davranışı bulunmaktadır. Ara öğün yapan 48 kişinin de %41.7'si 1 kez, %43.8'i iki kez ve %14.6'sı ise günde 3 kez ve üstü ara öğün tüketmektedir. Besin desteği kullanımına göre YTT-26 sonuçlarına bakıldığında anormal yeme davranışı olan bireylerden 27'si (%35.5) besin desteği kullanırken 49'u (%64.5) kullanmamaktadır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10'da günlük su tüketimlerine göre YTT-26 sonuçları karşılaştırıldığında anormal yeme davranışı olanlarda 1.000 ml ve altı su tüketen 16 kişi, 1.001-2.000 ml arası tüketen 34 kişi, 2.001 ml ve üstü su tüketen 26 kişi gözlenmiştir.

Uyku problemi olduğunu belirten bireylerden 30 kişinin (%39.5) ve olmadığını belirten 46 kişinin (%60.5) anormal yeme davranışı olduğu görülmüştür. Anormal yeme davranışı olan bireyler uyku sürelerine göre karşılaştırıldıklarında yarısının (%50), normal yeme davranışı olan bireylerin ise % 64.8'inin 7 saatten az uyuduğu görülmüştür. Normal yeme davranışı gözlenen bireylerde 7 saatten az uyuyanların daha yüksek orana sahip olması anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo4.10).

Tablo 4.10. Bireylerin YTT-26 puanlarına göre beslenme alışkanlıklarının ve uyku durumlarının değerlendirilmesi

YTT-26 puanları					
	Normal YD <20 (n=128)		Anormal YD ≥ 20(n=76)		p değeri
	S	%	S	%	
Ana öğün					
1	4	3.1	1	1.3	0.719
2	72	56.3	44	57.9	
3 veya daha fazla	52	40.6	31	40.8	
Atlanılan ana öğün					
Kahvaltı	38	31.4	27	38.6	0.531
Öğle	74	61.2	37	52.9	
Akşam	9	7.4	6	8.6	
Ara öğün					
Var	88	68.8	48	63.2	0.413
Yok	40	31.2	28	33.3	
Ara öğün sayısı					
1	28	31.5	20	41.7	0.447
2	43	48.3	21	43.8	
3 ve üstü	18	20.2	7	14.6	
Besin desteği kullanımı					
Var	51	39.8	27	35.5	0.540
Yok	77	60.2	49	64.5	
Su tüketimi					
1.000 ml ve altı	44	34.4	16	26.7	0.095
1.001-2.000 ml arası	53	41.4	34	44.7	
2.001 ml ve üstü	31	24.2	26	34.2	
Uyku problemi					
Var	49	38.3	30	39.5	0.866
Yok	79	61.7	46	60.5	
Uyku süresi					
7 saatten az	83	64.8	38	50	0.037*
7 saat ve üstü	45	35.2	38	50	

Ki Kare *(p<0.05) | YTT-26: Yeme Tutum Testi-26; YD: yeme davranışı

Tablo 4.11'de YTT-26 puanları ile sayısal değerlerin ilişkisi verilmiştir. Yaş ile YTT-26 puanları arasında anlamlı olmamasına rağmen negatif yönlü bir ilişki bulunuyordu ($p>0.05$). YTT-26 puanları ile BKİ arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmekte ama bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Su tüketimi ile YTT-26 puanları arasında istatistiksel olarak önemli pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.220$) ($p<0.05$). Uyku saatleri ve YTT-26 arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Bireylerin YTT-26 puanları ile sayısal değerlerinin ilişkisi

	YTT-26 puanları	
	r	p
Yaş (yıl)	-0.103	0.071
BKİ (kg/m ²)	0.044	0.536
Su tüketimi (ml)	0.220	0.002*
Uyku (saat)	0.075	0.287

Spearman Korelasyon Analizi *($p<0.05$) | YTT-26: Yeme Tutum Testi-26; BKİ: Beden Kütle İndeksi

4.5. Bireylerin Kısa Sağlık Kaygısı Envanteri Puanlarına göre Değerlendirilmesi

Toplam kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) puanı 0 ile 39 arasında değişirken ortalama puan 14.8 ± 6.81 'dir. Sağlıklı olan (15 altı puan alan) 107 (%52.5) kişi, sadece yüksek sağlık kaygısı olan grupta (15-17 puan arası) 31 (%15.2) kişi, Hipokondriyal grupta (18 puan ve üzeri alan) ise 66 (%32.4) kişide bulunmaktadır.

Tablo 4.12'de Sosyo-demografik özelliklerin, BKİ ve hastalık durumunun KSKE puanları ile karşılaştırılması incelenmiştir. Yaş gruplarına göre bireylerin sağlık kaygısı karşılaştırıldığında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da 25-34 yaş arası bireylerin hastalık kaygısı puanları diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. 25-34 yaş arası bireylerin %40.9'u hipokondriyal bireylerden oluşmaktaydı ($p>0.05$). Hastalık kaygısı olmayan bireylerin %56.1'inin kadın, Hipokondriyal bireylerin ise %80.3'ünün kadın olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre KSKE puanları karşılaştırıldığında bu ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

BKİ gruplarına göre Hipokondriyal bireylerin 38'inin normal grupta, sağlıklı bireylerin ise 52'si normal grupta yer aldığı bulunmuştur. Hipokondriyal bireylerin %48.5'i bekar, %50'si evli, %1.5'i boşanmış olduğu görülmektedir. Öğrenim durumu lise ve lise altı olan bireylerin 14'ünde, üniversite mezunu olan 38 kişide ve lisansüstü mezunu olan 14 kişide Hipokondriyazis saptanmıştır. KSKE sonuçları ile bireylerin öğrenim durumu arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Sağlıklı bireylerin %18.7'sinde ve hipokondriyal bireylerin %37.9'unda en az bir tane tanısı konmuş hastalığı bulunmaktadır. Hastalığın var olması ile KSKE puanları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12).



Tablo 4.12. Bireylerin KSKE puanlarına göre sosyo-demografik özelliklerin, BKİ ve hastalık durumu ile KSKE puanlarının karşılaştırılması

KSKE puanları							
	Sağlıklı		YSK		HK		p değeri
	<15 (n=107)		15-17 (n=31)		≥18 (n=66)		
	S	%	S	%	S	%	
Yaş							
<25	14	13.1	4	12.9	14	21.2	0.151
25-34	30	28	11	35.5	27	40.9	
35-44	25	23.4	8	25.8	14	21.2	
≥45	38	35.5	8	25.8	11	16.7	
Cinsiyet							
Kadın	60	56.1	27	87.1	53	80.3	0.000*
Erkek	47	43.9	4	12.9	13	19.7	
BKİ							
<18.5	27	25.2	9	29	19	28.8	0.090
18.5 – 24.9	52	48.6	20	64.5	38	57.6	
≥25	28	26.2	2	6.5	9	13.6	
Medeni durum							
Bekar	40	37.4	10	32.2	32	48.5	0.325
Evli	60	56.1	19	61.3	33	50	
Boşanmış	7	6.5	2	6.5	1	1.5	
Öğrenim durumu							
Lise ve lise altı mezunu	16	15	5	16.1	14	21.2	0.565
Üniversite mezunu	73	68.2	18	58.1	38	57.6	
Lisansüstü mezunu	18	16.8	8	25.8	14	21.2	
Hastalık							
Var	20	18.7	9	29	25	37.9	0.020*
Yok	87	81.3	22	71	41	62.1	

Ki Kare *(p<0.05) | KSKE: Kısa sağlık kaygısı envanteri; YSK: Yüksek sağlık kaygısı; HK: Hipokondriyazis

Tablo 4.13'te bireylerin kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) puanlarının beslenme alışkanlıkları ve uyku durumları göre dağılımı gösterilmektedir. Hipokondriyal bireylerin %63.6'sı 2 ana öğün tüketimi sonrasında 3 veya daha fazla tüketen %34.8'i ve kalan %1.5'i ise 1 ana öğün tüketmektedir. Hipokondriyal bireylerin 62'si ana öğün atlamaktadır ve bunun %33.9'u kahvaltıyı, %58.1'i öğle yemeğini, %8.1'i ise akşam yemeğini tüketmemektedir. Hipokondriyal bireylerde ara öğün tüketen 39 kişinin 14'ü 1 kez, 25'i 2 kez ve 1'i 3 veya daha fazla ara öğün tüketmektedir. Ara öğün sayıları ve KSKE puanları karşılaştırıldığında sonuçlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Besin desteği kullanan bireylerin 37'sinde sağlık kaygısı bulunmazken 30'unda hipokondriyazis görölmektedir. Günlük su tüketimlerine göre KSKE puanları değerlendirildiğinde 1.000 ml ve altı su tüketen 20 kişi, 1.001-2.000 ml arası tüketen 29 kişi, 2.001 ml ve üstü 17 kişide hipokondriyazis görölmektedir. Su tüketimi ile KSKE ölçek puanları karşılaştırıldığında sonuçlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Uyku problemi olduğunu belirten bireylerin 28'inde hipokondriyazis görölmektedir. Hipokondriyazisli bireylerin uyku saatlerine göre dağılımı incelendiğinde 7 saatten az olan 36 kişi, 7 saat ve üstü 30 kişi saptanmıştır. (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Bireylerin KSKE puanlarının beslenme alışkanlıkları ve uyku durumları göre dağılımı

KSKE puanları							
	Sağlıklı		YSK		HK		p değeri
	<15 (n=107)		15-17 (n=31)		≥18 (n=66)		
	S	%	S	%	S	%	
Ana öğün							
1	4	3.7	-	-	1	1.5	0.411
2	55	51.4	19	61.3	42	63.6	
3 veya daha fazla	48	44.9	12	38.7	23	34.8	
Atlanılan ana öğün							
Kahvaltı	33	33.3	11	36.7	21	33.9	0.997
Öğle	58	58.6	17	56.7	36	58.1	
Akşam	8	8.1	2	6.7	5	8.1	
Ara öğün							
Var	74	69.2	23	74.2	39	59.1	0.247
Yok	33	30.8	8	25.8	27	40.9	
Ara öğün sayısı							
1	24	32.4	10	43.5	14	35	0.009*
2	29	39.2	10	43.5	25	62.5	
3 ve üstü	21	28.4	3	13	1	2.5	
Besin desteği kullanımı							
Var	37	34.6	11	35.5	30	45.5	0.339
Yok	70	65.4	20	64.5	36	54.5	
Su tüketimi							
1.000 ml ve altı	33	30.8	7	33.6	20	30.3	0.774
1.001-2.000ml arası	42	39.3	16	51.6	29	43.9	
2.001 ml ve üstü	32	29.9	8	25.8	17	25.8	
Uyku problemi							
Var	38	35.5	13	41.9	28	42.4	0.613
Yok	69	64.5	18	58.1	38	57.6	
Uyku Süresi							
7 saatten az	66	61.7	19	61.3	36	54.5	0.631
7 saat ve üstü	41	38.3	12	38.7	30	45.5	

Ki Kare*(p<0.05) | KSKE: Kısa sağlık kaygısı envanteri; YSK: Yüksek sağlık kaygısı; HK: Hipokondriyazis

Tablo 4.14'e bakıldığında bireylerin yaşı ile kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) puanları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki görülmektedir ($r=-0.185$) ($p<0.05$). Bireylerin KSKE puanları ile BKİ değerleri arasındaki anlamlı olmasa bile negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.125$) ($p>0.05$). KSKE puanları ile bireylerin su tüketimleri arasındaki ilişkiye bakıldığında zaman negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmekte ama bu ilişki istatistiksel olarak önemli görülmemektedir ($r=-0.027$) ($p>0.05$). Uyku saatleri ile KSKE puanları incelendiği zaman değişkenlerden biri artarken diğerinin de arttığı bulunmuştur. İki değişken arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14 Bireylerin KSKE puanları ile sayısal değerlerinin ilişkisi

KSKE puanları		
	r	p
Yaş	-0.185	0.004*
BKİ (kg/m ²)	-0.125	0.075
Su tüketimi (ml)	-0.027	0.701
Uyku (saat)	0.021	0.764

Spearman Korelasyon analizi *($p<0.05$) | KSKE: Kısa sağlık kaygısı envanteri; BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.15'te bireylerin KSKE sonuçlarının Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS) ve yeme tutum testi-26 (YTT-26) ile karşılaştırılması incelenmiştir. Sağlıklı bireylerin 22'si (%20.6) ve Hipokondriyazisli bireylerin 16'sı (%24.2) Akdeniz diyetine kabul edilebilir uyum sağlamaktadır. MEDAS ile KSKE puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). YTT-26 puanları ile sağlık anksiyetesi değerlendirildiğinde hipokondriyal bireylerin ise %56.7 si anormal yeme davranışı saptanmıştır. Sağlık kaygısının artması ile anormal yeme davranışı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.15. KSKE puanlarının MEDAS ve YTT-26 puanları ile karşılaştırılması

KSKE puanları							
	Sağlıklı		YSK		YSK ve HK		p değeri
	<15 (n=107)		15-17 (n=31)		≥18 (n=66)		
	S	%	S	%	S	%	
MEDAS							
<7	85	79.4	23	74.2	50	75.8	0.764
≥ 7	22	20.6	8	25.8	16	24.2	
YTT-26							
<20	76	71	23	74.2	29	43.9	0.001*
≥ 20	31	29	8	25.8	37	56.1	

Ki Kare*(p<0.05) | KSKE: Kısa sağlık kaygısı envanteri; YSK: Yüksek sağlık kaygısı; HK: Hipokondriyazis; YTT-26: yeme tutum testi-26; MEDAS: Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği

4.6. Kısa Sağlık Kaygısı Envanterinin, Yeme Tutum Testi 26 ve Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği ile İlişkisi

Ölçekler arasındaki ilişki Tablo 4.16’da belirtilmekle beraber KSKE ile YTT-26 arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.236$) ($p<0.001$). Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS) sonuçları ile diğer iki ölçek arasında negatif yönlü bir ilişki görülmektedir ama bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. KSKE, MEDAS VE YTT-26 ölçekleri arasındaki ilişki

		KSKE	MEDAS	YTT-26
KSKE	r	1		
	p	-		
MEDAS	r	-0.003	1	
	p	0.966	-	
YTT-26	r	0.236	-0.014	1
	p	0.001*	0.840	-

Spearman Korelasyon analizi $*(p<0.05)$ | KSKE: Kısa sağlık kaygısı envanteri; MEDAS: Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği; YTT-26: yeme tutum testi-26

Tablo 4.17’de bireylerde hipokondriyazis görülmesinde etkisi olabilecek değişkenler incelenmiştir. Bireylerde hipokondriyazis görülmesinde cinsiyetin ve YTT-26 puanlarının etkisi önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınlarda erkeklere göre hipokondriyazis riski 2.247 kat daha yüksek görülmüştür. Anormal yeme davranışı olanlarda olmayanlara göre hipokondriyazis riski 2.964 kat yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.17. Bireylerde hipokondriyazis varlığına göre ilgili değişkenlerin etkisi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	β	S β	Wald	p	Katsayı	Katsayı için 95% güven aralığı	
							Alt	Üst
Hipokondriyazis varlığı (≥ 18 puan)	Cinsiyet (kadın)	0.810	0.398	4.147	0.042*	2.247	1.031	4.899
	Yaş	-0.024	0.015	2.588	0.108	0.976	0.947	1.005
	Öğrenim Durumu	-0.005	0.265	0.000	0.985	0.995	0.592	1.671
	Uyku saati	0.053	0.123	0.188	0.664	1.055	0.829	1.342
	BKİ (kg/m ²)	-0.004	0.044	0.007	0.933	0.996	0.913	1.087
	MEDAS (≥ 7 puan)	0.090	0.384	0.56	0.814	1.095	0.516	2.322
	YTT -26 (≥ 20 puan)	1.086	0.327	11.027	0.001*	2.964	1.561	5.627
	Sabit	-1.216	1.506	0.653	0.419	0.296		

Binary lojistik regresyon *(p<0.05) | MEDAS: Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği; YTT-26: yeme tutum testi-26

5.TARTIŞMA

5.1. Bireysel Özellikler

Bu çalışmaya katılan 204 bireyin yaşları 18 – 64 arası olup ortalama yaş 36.7 ± 11.56 yıl bulunmuştur. Çalışmada yaş ile kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) puanları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer olarak Gerolimatos ve Edelstein, hastalık kaygısının yaş ile ilişkisini incelediği araştırmasında, genç yetişkinlerin yaşlı yetişkinlere kıyasla daha yüksek düzeyde genel sağlık kaygısı bildirdiğini bulmuştur. Yaşa beraber artan tecrübelerin bireylerin karşılaştıkları mental problemlerde daha iyi yüzleşmesini sağlamaktadır. Genç yetişkinler, daha az yaşam deneyimine ve daha zayıf başa çıkma becerilerine sahip olduklarından, yüksek düzeyde kaygı duyarlılığı ve belirsizliğe tahammülsüzlük nedeni ile daha yüksek sağlık kaygısı düzeylerini sahip oldukları belirtilmiştir (80). Bu çalışmanın da benzer şekilde sonuç vermesinin yaşlı yetişkinlerin gençlere oranla kaygılarını daha iyi kontrol edebildiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada 25-34 yaş arası bireylerin hastalık kaygısı puanları anlamlı bulunmasa da diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Ankara’da yapılan sağlıklı kontroller ile panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriyal hastaların sağlık kaygısı kıyaslandığı bir çalışmada (81), yaş grupları açısından sağlık kaygısı ve olumsuz sonuçlara bakıldığında, bu çalışmadan farklı olarak 36-45 yaş aralığı grubunun en yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Bu farklılığın 25-34 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla katılımcı içermesinden dolayı olduğu düşünülmektedir.

En sık görülen mental bozukluk olan anksiyete bozukluğu, kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir (82). Covid-19 pandemisi sırasındaki psikiyatrik etkileri inceleyen bir çalışmada, kadınlarda depresyon, anksiyete ve sağlık kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (23). Örneğin, ergen kızların aynı yaş grubundaki erkeklere kıyasla daha düşük benlik saygısı ve vücut imajları üzerindeki kaygılarının, daha yüksek depresyon ve yeme bozuklukları prevalansı ile sonuçlandığı bilinmektedir. Ve sanayileşmiş ülkelerde düşük gelirli kadınların, çocuklarının veya kocaların hastalanması ve ölümü, hapsedilme, iş güvencesizliği, tehlikeli mahalleler ve tehlikeli işyerleri vb. kontrol edilemeyen durumlarla karşılaşmasının onları önemli ölçüde daha yüksek

depresyon riskine soktuğunu bildirilmiştir (83). Bir çalışmada, kadınların erkeklere göre güvence arama ve endişe duyma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (84). Bu çalışmada da kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek sağlık kaygı/anksiyete düzeyi görülmektedir. Bu durumun genel kaygı düzeyinin kadınlarda daha yüksek olarak görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Veriler çevrim içi anket yöntemi ile toplandığı için antropometrik değerler kişinin beyanlarına dayanmaktadır. Direkt bir ölçüm olmadığı için bireylerin vücut ağırlığı ve boy değerlerde az ya da fazla belirtilme payı bulunması çalışmanın kısıtlılığıdır. Katılımcıların beden kütle indeksi (BKİ) hesaplandığında alt değeri 13.58 kg/m², üst değeri ise 38.79 kg/m² olup ortalama BKİ 21.27±4.01 kg/m² bulunmuştur (Tablo 4.2). Bireylerin KSKE puanları ile BKİ değerleri arasındaki anlamlı olmasa bile negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.125$) ($p>0.05$) (Tablo 4.14). Hipokondriyazisli bireylerin sağlıklı bireylere kıyasla BKİ sınıflandırılması normal ve zayıf olan bireylerin daha yüksek orana sahip olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmadan farklı olarak, Amerika'da Covid-19'da eve kapanma döneminde beslenme davranışlarını, BKİ ve sağlık anksiyetesini inceleyen çalışmada, duygusal yeme oranı yüksek bireylerde hastalık kaygısının ve BKİ değerlerinin de yüksek seyrettiği görülmüştür (74). Hastalık kaygısı ve BKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen fazla çalışma bulunmamakla beraber Haghighi ve arkadaşları, anksiyete/kaygı ile aşırı vücut ağırlığı arasındaki ilişkinin belirsiz olduğunu söylemektedir ve genel anksiyete puanları ile BKİ arasındaki ilişkiye baktıklarında doğrusal bir ilişki bulunamamıştır. BKİ düşük ve çok yüksek olanlarda daha düşük kaygı düzeyi, BKİ orta ve üstü olanlarda ise daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmüştür (86). Bu çalışma BKİ ile sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu çalışmada sağlıklı bireylerin %18.7'sinde ve hipokondriyal bireylerin %37.9'unda en az bir tane tanısı konmuş hastalığı bulunmaktadır. Hastalığın var olması ile KSKE puanları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Medeni hal, öğrenim durumu ile KSKE arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Sunderland ve arkadaşları, sosyo demografik özellikler ile hastalık kaygısı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yaş, bir işte çalışma ve eşlik eden hastalık durumu varlığı sağlık kaygısı belirtileri ile anlamlı olarak ilişkili bulmuştur. Fakat eğitim seviyesi, medeni durum ile sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (87). Bir başka çalışma, 1 ve

daha fazla hastalık tanısı olan bireylerin yüksek hastalık kaygısı taşıdığını, bekarlarda ise hastalık kaygısının daha az olduğunu belirtmiştir (88). Hastalığa dair inançlar, geçmişte kişinin kendinin veya başkasının hastalık deneyiminden etkilenmektedir. Bu inançlar, basit semptomların bile ciddi bir tehdit edici hastalığın göstergesi olarak yorumlanmasına yol açabilmektedir (1). Bu durum göz önüne alındığında ve önceki çalışmalarda da görüldüğü gibi hastalık geçmişi bireydeki kaygı düzeyini tetiklemektedir.

5.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Uyku Durumları

Araştırmada cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları incelendiği zaman ana öğün tüketimi %56.9 (n=116) ile günde en fazla 2 ana öğün tüketimi olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan 204 kişiden 191'i ana öğünü atlamaktadır. En fazla atlanan öğünün %58.1 ile öğle yemeği olduğu saptanmıştır. Sonrasında sırasıyla %34 ile kahvaltı, %7.9 ile akşam yemeğini atlanıyordu (Tablo 4.4). Adölesan ve yetişkinlerle kahvaltının mental sağlık üzerine etkisini inceleyen bir meta-analizde; kahvaltıyı atlamanın depresyon, stres ve psikolojik sıkıntı olasılığı ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca yetişkinlerde olmamakla beraber, adölesanlarda kahvaltı atlanması ile kaygı/anksiyete arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (89). Bu çalışmada ise farklı olarak en sık atlanan ana öğünün öğle öğünü olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada, Covid-19 nedeniyle bireylerin bazı yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarında değişimler meydana geldiğini ve pandemi döneminde pandemi öncesine göre öğle öğünü daha çok atladıkları saptanmıştır (90). Ve aynı şekilde Kaya ve arkadaşları Covid-19 döneminde beslenme alışkanlıklarını incelediği çalışmasında öğle öğünü daha fazla atladıklarını bulmuştur (91). Covid-19 pandemisi devam ederken bu çalışma yapılmıştır. Veri toplama sürecinin bir bölümü de sıkı kısıtlamaların olduğu karantina dönemine denk geldiği için insanlar çoğunlukla evlerinde vakit geçiriyorlardı. Öğle yemeğinin daha sık atlanması nedeninin bireylerin evdeyken değişen beslenme alışkanlıkları ile uyku saatlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin günlük uyku saati 2 ila 13 saat arası değişmekte olup ortalama 7.1 ± 1.28 saat olduğu bulunmuştur. Uyku saatleri ile KSKE puanları incelendiği zaman değişkenlerden biri artarken diğersinin de arttığı bulunmuştur. İki değişken arasındaki pozitif yönlü bir ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.14). Uyku problemleri, sonrasında görülebilecek özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon ve karşı gelme bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda bir risk belirteçidir (92). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesinin mental sağlık üzerine ilişkisini inceleyen

bir çalışma; öğrencilerin uyku kalitesinin düşmesine depresyon, anksiyete ve streste artışın eşlik ettiğini bulmuştur (93). Bu çalışmada uyku kalitesini sorgulanmamıştır. Bireylere 'Uykuda düzensizlik ve uyku problemi yaşıyor mısınız?' sorusu sorularak kişilerin kendi beyanlarına ve o anki duygu durumuna dayanan cevaplar alınmıştır. Yüksek hastalık kaygısı olan bireyler sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek oranda uyku problemi yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.13). Hastalık kaygısı düzeyindeki artışının uyku kalitesini bozduğu düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği (MEDAS) puanlarına göre Değerlendirilmesi

Kronik inflamasyon, anksiyete dahil neredeyse tüm nörolojik ve nörodejeneratif bozuklukların bir özelliğidir (94). Modern toplumda, artan Batı tarzı beslenme modeli diyetle yüksek miktarda serbest yağ asidi ve ÇDYA'lerinden inflamatuvar olan omega-6 tüketimi, omega-3 alımının azalması gözlemlenmektedir. Omega-3 yağ asitleri, özellikle uzun zincirli omega-3'ler, eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA), bilişsel ve zihinsel sağlık için önemli olan güçlü anti-inflamatuvarlardır ve yetersizliği hem duygu durum bozukluklarının hem de bilişsel bozukluğun gelişiminde rol oynamaktadır. Bu değişiklikler, omega-6/omega-3 oranında yaklaşık 1:1'den 10:1'e, 20-25:1 veya daha fazlasına ulaşan bir artışa ve başta Batı'da olmak üzere küresel popülasyonda endişe verici bir omega-3 eksikliğine neden olmuştur (94,95). TBSA 2017 verilerine göre de Türkiye'de omega-6/omega-3 oranının tüm yaş gruplarında erkeklerde 15.1 ile 16.9 ($\pm 10.21-12.56$) ve kadınlarda 16.0 ile 16.9 ($\pm 10.04-10.65$) aralığında olduğu görülmüştür (96).

Akdeniz diyeti (AD) sağlık üzerine koruyucu etkileri bulunmaktadır. Tam tahıllı besinler, kuru baklagiller, yağlı tohumlar ve günlük beslenmede önemli yeri olan ağırlıklı sebze- meyve tüketimi olan, iyi protein kaynağı olarak balığın sıkça tüketildiği, ılımlı kırmızı şarap tüketimi içeren ve enerjinin temeli zeytinyağından gelen zengin içeriğe sahiptir (97). Araştırmada, AD uygun beslenmeyi ölçmek amacı ile Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS) kullanılmıştır. Bu ölçeğin bu çalışmada kullanılmasının bir nedeni AD bağlılığın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi için klinik uygulamada faydalı olabilecek geçerli bir araç olduğu çalışmalarca kabul edildiğinden ötürüdür (98,99). Diğer nedeni ise veriler çevrim içi anket yöntemi ile toplandığı için bireylerin 14 maddelik bu ölçeği besin tüketim kaydı alınması yerine hem daha hızlı hem de daha doğru doldurabilecekleri düşünüldüğü içindir.

Bu çalışmada AD bağıllık ölçeği puanları ile BKİ arasında negatif yönlü bir ilişki görülmüştür fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Tablo 4.8). Bir çalışmada beslenme alışkanlıkları ile ilgili olarak, sosyo-demografik değişkenler kontrol edildikten sonra, BKİ et tüketimi ile pozitif, bitkisel bazlı besinler ve balık tüketimi ile negatif ilişkili bulunmuştur (100). AD bitkisel bazlı besinlerce zengin ve balık tüketimi yüksek olan bir diyet modeli olduğu için ağırlık kontrolünde olumlu etkisi bulunmaktadır.

Akdeniz diyeti ile karşılaştırıldığında, daha az sağlıklı bir diyetin hem depresyon/anksiyete tanıları hem de artan semptom şiddeti ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (101). Koronavirüs pandemisi sırasında kaygı ve diyet arasındaki ilişkiyi inceleyen Kaufman-Shriqui ve arkadaşları, AD bağıllık arttıkça orta ila şiddetli kaygı/anksiyete görülme olasılığının azaldığını bulmuştur (102). Bu çalışmada, sağlıklı bireylerin 22'si (%20.6) ve Hipokondriyazisli bireylerin 16'sı (%24.2) AD kabul edilebilir uyum sağlamaktadır. Akdeniz diyetine bağıllık ölçeği puanları ile sağlık kaygısı arasında negatif yönlü bir ilişki görülmektedir ama bu ilişkinin iki ölçek arası anlamlı bir ilişkiden bahsedilemeyecek kadar düşük olduğu gözlenmiştir. Araştırmada AD uyum düzeyi yüksek birey sayısı az olduğu için ilişki kurulamadığı düşünülmektedir. İlerde daha büyük bir popülasyonlarla ve daha yüksek AD uyuma sahip bireylerle çalışma yapılması önerilmektedir.

5.4. Bireylerin Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) Puanlarına göre Değerlendirilmesi

Yeme bozukluğu riskinin taranması için Yeme tutum testi-26 (YTT-26) kullanılmıştır. YTT-26 puanları ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiye bakıldığında sağlık kaygısı yüksek bireylerin %25.8'i ve hipokondriyal bireylerin ise %56.7 si anormal yeme davranışı göstermektedir. Sağlık kaygısının artması ile anormal yeme davranışı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin sağlık kaygısı arttıkça anormal yeme davranışı gösterme olasılıklarının arttığı görülmüştür ($r=0.236$) ($p<0.05$) (Tablo 4.16).

Yeme bozuklukları (YB) ırk, yaş, milliyet veya cinsiyetten bağımsız olarak dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen ve önemli kişisel, ailevi ve toplumsal maliyetlere neden olan ciddi psikolojik hastalıklardır (103). Martín ve arkadaşları, depresif ve anksiyete semptomları YB semptomlarıyla ilişkilendirmiştir (104). Yeme bozukluklarına,

obsesif kompulsif bozukluk (OKB), anksiyete ve duygu durum bozuklukları gibi mental bozuklukların eşlik etmesi sık görülen bir durumdur (105). Örnek olarak, ülkemizde 12 yaşından itibaren başlayan sınav kaygısına maruz kalmanın AN tetiklediği düşünülmektedir (106). Kaygı artışı yeme bozukluklarını tetiklediği için çalışmadaki bireylerde görülen yüksek sağlık kaygısının anormal yeme davranışı riskini arttırdığı düşünülmektedir.

5.5. Bireylerin Kısa Sağlık Kaygısı Envanteri (KSKE) puanlarına göre Değerlendirilmesi

Hipokondriyazis, bireylerin yoğun sağlık odaklı düşünceler ve endişe/kaygı yaşaması ile ilişkili psikolojik bir durumdur. Kişilerin örneğin basit bir baş ağrısını bile ciddi bir hastalık semptomu olarak algılamasına neden olur. Hastalık fobisi ve ciddi bir hastalığın varlığı inancı, hipokondriyazisin iki ana bileşeni veya boyutu olarak tanımlanmıştır. Bu iki bileşenden hastalık fobisini (sağlık ve hastalıkla ilgili endişeleri) hipokondriyazis ve sağlık kaygısının ortak özelliğidir. DSM-5'te, hipokondriyazis tanısının yerini alan 2 yeni tanı ise SSB ve HKB'dir. HKB, sağlık kaygısına karşılık gelebilmektedir (3,107).

Bu çalışmada toplam kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) puanı 0 ile 39 arasında değişirken ortalama puan 14.8 ± 6.81 'dir. Sağlıklı grupta 107 (%52.5) kişi, sadece yüksek sağlık kaygısı olan grupta (15-17 puan arası) 31 (%15.2) kişi, hipokondriyal grupta (18 puan ve üzeri alan) ise 66 (%32.4) kişi bulunmaktadır. Eskişehir ilinde ruhsal bozuklukların yaygınlığı inceleyen bir çalışmada ise Hipokondriyazis tanısı alan 17 (%1.2) kişi bulunmaktaydı (108). Bu çalışmada hipokondriyazis tanısına bakılmamıştır. Sadece ölçek sonuçlarına göre 18 puan ve üzeri alanlar hipokondriyal kabul edildiği için diğer çalışmaya kıyasla daha yüksek yüzdeye sahip hipokondriyal birey görüldüğü düşünülmektedir.

HKB olan bireylerin yaklaşık üçte ikisinde komorbiditeler görülür ve bunlardan bazıları OKB, yaygın anksiyete bozuklukları, post-travmatik stres bozukluğu, bipolar bozukluktur. HKB tedavisi belirtilmemekle beraber anksiyete bozuklukları için kullanılan tedavi tekniklerinin uygulanmasının etkili olabileceği düşünülmektedir (109).

Diyet kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceleyen bazı çalışmalarda, Akdeniz diyetine uyum ile depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntı gibi psikolojik bozuklukların olasılığı arasında ters ilişki bulunmuştur (30,101). Bu durum Akdeniz

diyetine uyumlu beslenmenin hastalık kaygısı üzerinde de olumlu etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Fakat bu çalışmada Akdeniz diyetine uyum ile hastalık kaygısı arasında bir ilişki bulunamamıştır.

18 yaş ve üzeri 36.309 Amerikalı bireyle yapılan bir çalışmada, yeme bozukluklarında AN tanısı olanların %87.3'ü, BN olanların %94.4'ü ve TYB olan bireylerin %93.8'i ek bir psikiyatrik bozukluk taşımakta olduğu bulunmuş. Bu sonuçlar, yeme bozukluklarının diğer majör psikiyatrik bozukluklar ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir (110). Bir başka çalışmada anksiyete ve depresif bozukluk görülme sıklığı AN ve BN arasında karşılaştırıldığında, geçmişte veya halen AN öyküsüne sahip olmanın, anksiyete bozuklukları üzerine BN'dan daha fazla etkilediği görülmüştür (111). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, anksiyete bozukluklarından OKB tanısı almış bireylerde YTT-26 puanları daha yüksek bulunmuştur. Yeme davranışları ile obsesif davranışların şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (112). Noyes Jr, uzun yıllar öncesinden hipokondriyazisli bireylerin anksiyete belirtilerine ve anksiyete bozukluklarına sahip olma olasılıkları daha yüksek olduğunu belirtmiştir (113). Bu çalışmada bireylerin sağlık kaygısı arttıkça yeme bozukluğu riskinin arttığı bulunmuştur. Yeme bozukluğu ile hipokondriazis arasındaki ilişkiyi incelediğimizde anormal yeme davranışı olanlarda olmayanlara göre hipokondriyazis riski 2.964 kat yüksek bulunmuştur (Tablo4.17). Yeme bozuklukları ile anksiyete bozuklukları arasındaki pozitif ilişki düşünüldüğünde bu çalışmanın sonuçlarının da aynı doğrultuda olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışma, hastalık kaygısının Akdeniz diyetine uyum ve yeme bozukluğu üzerine ilişkisini inceleyen öncü çalışmadır. Hastalık kaygısı ile Akdeniz diyetine uyum arasında ilişki bulunamamıştır. Fakat hastalık kaygısı ile yeme tutum davranışı arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Çalışmanın amacı; yetişkin bireylerde hastalık kaygısının, yeme bozuklukları ve Akdeniz diyetine uyum üzerine etkilerini incelemek için yapılmıştır. Çalışmaya katılan 204 yetişkin bireyden elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

1. Bu çalışmaya katılan 204 bireyin yaşları 18 – 64 arası değişen yetişkin bireylerden oluşmaktadır. Ortalama yaş 36.7 ± 11.56 yıl bulunmuştur. Katılımcıların 140 'ı (%68,8) kadın, 64'ü (31.4) erkek bireylerden oluşmaktadır.
2. Bireylerin boyları 120-191 cm arası olup ortalama 167.2 ± 9.41 cm olduğu bulunmuştur. Ağırlık 44-135 kg arasında olup ortalama 71.4 ± 15.31 kg'dır. Beden Kütle İndeksi (BKİ) alt değeri 13.58 kg/m^2 , üst değeri ise 38.79 kg/m^2 olup ortalama BKİ $21.27 \pm 4.01 \text{ kg/m}^2$ bulunmuştur.
3. Hastalık durumunun varlığının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında 54 (%26.5) kişinin tanısı konmuş hastalığı bulunmakta olup bunun 11'inin erkek, 43'ünün kadın bireyler olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre hastalık durumunun varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
4. Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde bireylerin ana öğün tüketimi %56.9 ($n=116$) ile günde en fazla 2 ana öğün tüketimi olduğu görülmüştür. 204 kişiden 191'i ana öğün atlamaktadır. En fazla atlanan öğün %58.1 ile öğle yemeği olup bu ana öğünü tüketmeyen 111 kişinin 79'u kadın, 32'si erkek bireylerden oluşmaktadır.
5. Bireylerin Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği (MEDAS) puanları toplamı 1 ila 10 arasında olup ortalama puan 5.2 ± 1.72 bulunmuştur. Akdeniz diyetine (AD) kabul edilebilir uyumu olan 46 (%22.5) kişi bulunmaktadır.
6. AD kabul edilebilir uyumu olan bireylerin 3'ünün (%6.5) lise ve lise altı mezunu, 36'sının (%78.3) üniversite mezunu ve 7'sinin (%15.2) lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Öğrenim durumu ile MEDAS puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).
7. AD uyumu olan bireylerin 41'i öğün atlamakta ve büyük oranı %75.6'sı öğle yemeğini atlamaktadır. Kalan bireylerin %14.6'sı kahvaltıyı, %9.8'i akşam yemeğini atlamaktadır. AD uyumlu olmayan bireylerden 150'si öğün atlamakta olup %53.3'ü öğle, %39.3'ü kahvaltı ve %7.3'ü akşam yemeğini atlıyordu. Ana

- öğün atlama ile AD bağıllık ölçek puanı sonuçları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
8. YTT-26 toplam puanları 1 ile 73 arasında olup ortalama puan 18.2 ± 14.48 olduğu görülmüştür. 20 puanın altında olup normal yeme davranışı gösteren 128 (%62.7) kişi ve 20 ve üstü puana sahip anormal yeme davranışı olan 76 (%37.3) kişi bulunmaktadır.
 9. YTT-26 ölçeğinden 20 ve üzeri puan alan bireylerin en büyük yüzdesi, %43.3 ile 25-34 yaş arası yetişkinlerden oluşmaktadır. Yeme bozukluğu olan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).
 10. Anormal yeme davranışı olan bireyler uyku sürelerine göre karşılaştırıldıklarında yarısının (%50), normal yeme davranışı olan bireylerin ise % 64.8'inin 7 saatten az uyuduğu görülmüştür. Normal yeme davranışı gözlenen bireylerde 7 saatten az uyuyanların daha yüksek orana sahip olması anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
 11. Toplam kısa sağlık kaygısı envanteri (KSKE) puanı 0 ile 39 arasında değişirken ortalama puan 14.8 ± 6.81 'dir. Sağlıklı grupta (15 altı puan alan) 107 (%52.5) kişi, sadece yüksek sağlık kaygısı olan grupta (15-17 puan arası) 31 (%15.2) kişi, Hipokondriyal grupta (18 puan ve üzeri alan) ise 66 (%32.4) kişide bulunmaktadır.
 12. Hastalık kaygısı olmayan bireylerin %56.1'inin kadın, Hipokondriyal bireylerin ise %80.3'ünün kadın olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre KSKE puanları karşılaştırıldığında bu ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).
 13. Sağlıklı bireylerin %18.7'sinde ve hipokondriyal bireylerin %37.9'unda en az bir tane tanısı konmuş hastalığı bulunmaktadır. Hastalığın var olması ile KSKE puanları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
 14. Bireylerin KSKE puanları ile yaşları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.185$) ($p<0.05$).
 15. KSKE ile YTT-26 arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.236$) ($p<0.001$). Akdeniz diyetine bağıllık ölçeği (MEDAS) sonuçları ile diğer iki ölçek arasında negatif yönlü bir ilişki görülmektedir ama bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($r=-0.003$) ($p>0.05$).
 16. Bireylerde hipokondriyazis görülmesinde cinsiyetin ve YTT-26 puanlarının etkisi önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınlarda erkeklere göre hipokondriyazis riski 2.247 kat daha yüksek görülmüştür. Anormal yeme davranışı olanlarda olmayanlara göre hipokondriyazis riski 2.964 kat yüksek bulunmuştur

6.2.Öneriler

Yetişkin bireylerde hastalık kaygısının akdeniz diyetine uyum ve yeme tutum davranışları üzerine etkisini inceleyen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, aynı konuyla ilgili yapılacak diğer araştırmalara yön göstermesi adına aşağıdakiler önerilmektedir.

1. Hipokondriyazis klinik pratikte nadir kullanılan bir tanıdır. Bunun nedeni bu bozukluğun ciddiye alınmaması ve hayali bir bozukluk olarak görülmesidir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin %32.4'ü hipokondriyal bulunması bu bozukluğun daha fazla ciddiye alınması gerektiğini göstermektedir.
2. Bu çalışmada yeme bozuklukları riski ile hastalık kaygısı arasındaki pozitif yönlü ilişki iki psikolojik bozukluğun birbirini tetikleyebileceğini göstermektedir. Fakat hastalık kaygısının hangi yeme bozukluğu riskini daha çok arttırdığını bilebilmek adına daha spesifik çalışmalar yapılabilir.
3. Psikolojik bozukluğu olan bireylerde beslenmenin optimize edilmesi bilişsel ve duysal işlevi iyileştirdiği bilinmektedir. Hem hipokondriyazisin hem de yeme bozukluklarının tedavisinde multidisipliner bir takımın parçası olan diyetisyenlere büyük rol düşmektedir.
4. Akdeniz diyetine uyum düzeyi daha yüksek bireylerin sayısının yetersiz olması çalışmanın kısıtlılığıdır. Yapılacak diğer araştırmalarda Akdeniz diyetine sıkı uyumu olan bireylerin daha fazla olduğu geniş örneklemlemlerle çalışılmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lucock MP, Morley S. The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*. 1996; 1(2): 137-150.
2. Asmundson GJ, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020.
3. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016; 29(2): 219-239.
4. Hadjistavropoulos H, Lawrence B. Does anxiety about health influence eating patterns and shape-related body checking among females? *Personality and Individual Differences*. 2007; 43(2): 319-328.
5. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*. 2007; 38(1): 86-94.
6. López-Olivares M, Mohatar-Barba M, Fernández-Gómez E, Enrique-Mirón C. Mediterranean Diet and The Emotional Well-Being of Students of The Campus of Melilla (University of Granada). *Nutrients*. 2020; 12(6): 1826.
7. Baysal, A. Beslenme (16. Baskı). Ankara: Hatipoğlu yayınları. 2015.
8. Sarris J, Logan AC, Akbaraly TN, Amminger GP, Balanzá-Martínez V, Freeman MP, ... Nanri A. Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The Lancet Psychiatry*. 2015; 2(3): 271-274.
9. Jacka FN, Pasco JA, Mykletun A, Williams LJ, Hodge AM, O'Reilly SL, ... Berk M. Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American journal of psychiatry*. 2010; 167(3): 305-311.
10. Sadeghi O, Keshteli AH, Afshar H, Esmailzadeh A, Adibi P. Adherence to Mediterranean dietary pattern is inversely associated with depression, anxiety and psychological distress. *Nutritional Neuroscience*. 2021; 24(4): 248-259.

11. Warwick HM, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*. 1990; 28(2): 105-117.
12. Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PloS One*. 2010; 5(3): 9873.
13. Asmundson GJ, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*. 2010; 12(4): 306-312.
14. Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, 202.1: 7-8.)
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.2013.
16. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: Psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosomatic Medicine*. 2019; 81(5): 398-407.
17. Scarella TM, Laferton, JA, Ahern DK, Fallon A, Barsky A. The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 2016, 57.2: 200-207
18. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong SK, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *J Psychosom Res*. 2017 Oct;101:31-37
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. 2020.Ankara
20. Budak F, Korkmaz Ş. COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*. 2020; (1), 62-79.

21. Bozkurt Y, Zeybek Z, Aşkın R. Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020; 19(37), 304-318.
22. Doğan MM, Düzel B. Covid-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. Electronic Turkish Studies. 2020; 15(4).
23. Özdin S, Özdin ŞB. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. Social Psychiatry. 2020; 66(5), 504-511.
24. Cosci F, Guidi J. The role of illness behavior in the COVID-19 pandemic. Psychotherapy and Psychosomatics. 2021; 90(3), 156-159.
25. Girard TA, Russell K, Leyse-Wallace R. Academy of nutrition and dietetics: Revised 2018 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in mental health and addictions. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2018; 118(10): 1975-1986.
26. Akhondzadeh S, Gerbarg PL, Brown RP. Nutrients for prevention and treatment of mental health disorders. Psychiatric Clinics. 2013; 36(1): 25-36.
27. Adan RA, Van Der Beek EM, Buitelaar JK, Cryan JF, Hebebrand J, Higgs S, ... Dickson SL. Nutritional psychiatry: towards improving mental health by what you eat. European Neuropsychopharmacology. 2019; 29(12).
28. Çiftçi H, Yıldız E, Mercanlıgil, SM. Depresyon ve beslenme tedavisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2008; 28(3): 369-377.
29. Beyhan Y, Taş V. Mental Sağlık ve Beslenme. Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi. 2019.
30. Sadeghi O, Keshteli AH, Afshar H, Esmailzadeh A, Adibi P. Adherence to Mediterranean dietary pattern is inversely associated with depression, anxiety and psychological distress. Nutritional Neuroscience. 2021; 1-12.

31. Crichton GE, Bryan J, Hodgson JM, Murphy KJ. Mediterranean diet adherence and self-reported psychological functioning in an Australian sample. *Appetite*. 2013; 70: 53-59.
32. WHO J, Consultation FE. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2003; 916(i-viii): 1-149.
33. Mithril C, Dragsted LO, Meyer C, Blauert E, Holt MK, Astrup A. Guidelines for the new Nordic diet. *Public Health Nutrition*. 2012; 15(10): 1941-1947.
34. Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American journal of clinical nutrition*. 1995; 61(6): 1402-1406.
35. Dernini S, Berry EM. Mediterranean diet: from a healthy diet to a sustainable dietary pattern. *Frontiers in Nutrition*. 2015; 2, 15.
36. Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Estruch R, Corella D, Fitó M, Ros E, Predimed Investigators. Benefits of the Mediterranean diet: insights from the PREDIMED study. *Progress in cardiovascular diseases*. 2015; 58(1): 50-60.
37. Freeman D, Sheaves B, Goodwin GM, et al. The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017; 4(10), 749-758.
38. Watson NF, Badr MS, Belenky G, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2015; 11(6), 591-592.
39. Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Bixler E O, et al. Persistent insomnia: the role of objective short sleep duration and mental health. *Sleep*. 2012; 35(1), 61-68.
40. Ramsawh HJ, Stein MB, Belik SL, Jacobi F, Sareen J. Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of psychiatric research*. 2009; 43(10), 926-933.

41. Cohen S, Kessler RC, Gordon LU. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. Measuring stress: A guide for health and social scientists. 1995.
42. Salleh MR. Life event, stress and illness. The Malaysian journal of medical sciences: MJMS, 2008; 15(4): 9.
43. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. Psychological Bulletin. 2004; 130(4): 601.
44. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. Annual review of psychology. 2004.
45. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, Hübel C, Baker JH, Munn-Chernoff MA, ... Hardaway AJ. The science behind the Academy for Eating Disorders' nine truths about eating disorders. European Eating Disorders Review. 2017; 25(6): 432-450.
46. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. İlk Söz. 2009.
47. Fombonne E. Anorexia Nervosa. The British Journal of Psychiatry. 1995; 166(4): 462-471.
48. Yager J, Andersen AE. Clinical practice. Anorexia nervosa. N Engl J Med. 2005; 353(14): 1481-8.
49. Aytaç HM, Hocaoglu Ç. Bulimiya Nervoza ile Birlikte Yaşamak: Bir vaka Sunumu. Journal of Mood Disorders (JMOOD). 2016; 6(3): 158-63.
50. Ersoy G. Yeme Davranışı Bozuklukları Anoreksia ve Bulimia Nervoza. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2016; 20(1): 95-106.
51. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. Archives of general psychiatry. 2010; 67(1): 94-101.

52. Brytek-Matera A, Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and psychotherapy*, 2012; 1(1), 55-60.
53. Yeşil E, Turhan B, Tatan D, Şarahman C, Saka M, Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018; 7(1), 1-9
54. Håman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren E C, Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 2015;10(1), 26799
55. Sarı SA. Ergenlerde Yeme Bozuklukları Yönetimi. E.Akpınar.(Ed.), Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 2019; (s.315-324).
56. Golden NH, Schneider M, Wood C, Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, 2016; 138(3)
57. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk Factors for Eating Disorders. 2007.
58. Pallister E, Waller G. Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28(3): 366-386.
59. Tamam L, Demirkol UDME. Anksiyete Bozuklukları. Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2019; (s.1675-1677).
60. Pascual-Vera B, Belloch A. Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 18(1): 43-51.
61. Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, Leclair CS, Jones G, Petricone-Westwood D, ... Lavigne AA. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *Plos One*. 2020; 15(7): e0234124.

62. Sánchez PH, Ruano C, De Irala J, Ruiz-Canela M, Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A. Adherence to the Mediterranean diet and quality of life in the SUN Project. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2012; 66(3): 360-368
63. Kimball SM, Mirhosseini N, Rucklidge J. Database analysis of depression and anxiety in a community sample-Response to a micronutrient intervention. *Nutrients*. 2018; 10(2): 152.
64. McCabe D, Colbeck M. The effectiveness of essential fatty acid, B vitamin, Vitamin C, magnesium and zinc supplementation for managing stress in women: a systematic review protocol. *JB I Evidence Synthesis*. 2015; 13(7): 104-118.
65. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Hibbeln JR, Hurley D, Kolick V, Peoples S, ... Woodward-Lopez G. Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutrition Reviews*. 2020.
66. World Health Organization(WHO).Beden Kütle İndeksi Sınıflandırılması . <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>Erişim tarihi: 30.11.2021
67. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, ... Ware JC. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations. *Sleep health*. 2015; 1(4): 233-243.
68. Martínez-González MÁ, et al. Cohort profile:design and methods of the PREDIMED study. *International Journal of Epidemiology*. 2012.
69. Schröder H, Fito M, Estruch R, Martinez MA, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *The Journal of Nutrition*. 2011.
70. Pehlivanoğlu EFÖ, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2020; 42(2): 160-164.

71. León-Munoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, ... Rodríguez-Artalejo F. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *The Journal of Nutrition*. 2012; 142(10): 1843-1850.
72. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*. 2002; 32(5): 843-853.
73. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The Short Health Anxiety Inventory: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; 27(1): 68-78.
74. Aydemir Ö, Kirpınar I, Sati T, Uykur B, Cengiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013; 50(4).
75. Rode S, Salkovskis P, Dowd H, Hanna M. Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006; 60(2): 155-161.
76. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, ... Tyrer H. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 71(6): 392-394.
77. Garner D, Garfinkel P. The EAT: An index of the symptoms of anorexia. *Psychological Medicine*. 1979; 9: 273-279
78. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982; 12: 871-878
79. Ergüney-Okumuş FE, Elif Sertel-Berk HÖ. Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*. 2019; 40(1): 57-78.
80. Gerolimatos LA, Edelstein BA. Predictors of health anxiety among older and young adults. *International Psychogeriatrics*. 2012; 24(12): 1998-2008.

81. Karapıçak ÖK, Aslan S, Utku Ç. Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2012; 1(1): 43-51.
82. Zender R, Olshansky E. Women's mental health: depression and anxiety. Nursing Clinics. 2009; 44(3): 355-364.
83. World Health Organization. Gender and mental health. 2002.
84. MacSwain KLH, Sherry SB, Stewart SH, Watt MC, Hadjistavropoulos HD, Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. Personality and Individual Differences. 2009; 47(8), 938-943.
85. Coulthard H, Sharps M, Cunliffe L, Van Den Tol A. Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. Appetite. 2021; 161, 105082.
86. Haghighi M, Jahangard L, Ahmadpanah M, Bajoghli H, Holsboer-Trachsler E, Brand S. The relation between anxiety and BMI—is it all in our curves? Psychiatry research. 2016; 235: 49-54.
87. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. The British Journal of Psychiatry. 2013; 202(1): 56-61.
88. Martin A, Jacobi F. Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. Psychosomatic Medicine. 2006; 68(5): 770-777.
89. Zahedi H, Djalalinia S, Sadeghi O, Zare Garizi F, Asayesh H, Payab M, ... Qorbani M. Breakfast consumption and mental health: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Nutritional Neuroscience. 2020; 1-15.
90. Küçükçankurtaran S, Özdoğan Y. Koronavirüs Hastalığı'nın Yetişkinlerin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumuna Etkisi; COVID-19 ve Beslenme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021; 11(3), 318-324.

91. Kaya S, Uzdil Z, Cakiroğlu FP, Evaluation of the effects of fear and anxiety on nutrition during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Public Health Nutrition*, 2021; 24(2), 282-289.
92. Shanahan L, Copeland WE, Angold A, Bondy CL, Costello EJ. Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; 53(5): 550-558.
93. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu EG. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014; 7(3): 193-198.
94. Norwitz NG, Naidoo U. Nutrition as Metabolic Treatment for Anxiety. *Frontiers in Psychiatry*. 2021; 12: 105.
95. Melo HM, Santos LE, Ferreira ST. Diet-derived fatty acids, brain inflammation, and mental health. *Frontiers in Neuroscience*. 2019; 13: 265.
96. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2019
97. Barbaros B, Kabaran S. Akdeniz diyeti ve sağlığı koruyucu etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2014; 42(2): 140-147
98. Papadaki A, Johnson L, Toumpakari Z, et al. Validation of the English version of the 14-item Mediterranean Diet Adherence Screener of the PREDIMED Study, in people at high cardiovascular risk in the UK. *Nutrients*, 2018; 10(2), 138.
99. Radd-Vagenas S, Fiatarone Singh M A, Daniel K, Noble Y, Jain N, O'Leary F0, ... & Flood V M. Validity of the Mediterranean diet and culinary index (MediCul) for online assessment of adherence to the 'traditional' diet and aspects of cuisine in older adults. *Nutrients*, 2018; 10(12), 1913.
100. Pfeiler TM, Egloff B. Personality and eating habits revisited: Associations between the big five, food choices, and Body Mass Index in a representative Australian sample. *Appetite*. 2020; 149, 104607.

101. Gibson-Smith D, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Giltay EJ, Penninx BW. Association of food groups with depression and anxiety disorders. *European Journal of Nutrition*. 2020; 59(2): 767-778.
102. Kaufman-Shriqui V, Navarro D A, Raz O, Boaz M. Dietary changes and anxiety during the coronavirus pandemic: a multinational survey. *European Journal Of Clinical Nutrition*. 2021; 1-9.
103. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, Hübel C, Baker JH, Munn-Chernoff MA, ... Hardaway AJ. The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2017; 25(6): 432-450.
104. Martín J, Arostegui I, Loroño A, Padierna A, Najera-Zuloaga J, Quintana JM. Anxiety and depressive symptoms are related to core symptoms, general health outcome, and medical comorbidities in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2019; 27(6): 603-613.
105. Erbay L G, Seçkin Y. Yeme bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji*, 2016; 20(4): 473-477.
106. Üneri Ö Ş. Anoreksiya Nervoza ve Kaygı Bozuklukları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2010; 4(4): 236-239.
107. Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 202(1): 7-8.
108. Keskin A, Ünlüoglu I, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi/The Prevalence of Psychiatric Disorders Distribution of Subjects Gender and its Relationship with Psychiatric Help-Seeking. *Noro-Psikyatri Arsivi*. 2013; 50(4): 344.
109. Chappell AS. Toward a lifestyle medicine approach to illness anxiety disorder (formerly hypochondriasis). *American journal of lifestyle medicine*. 2018; 12(5): 365-369.

110. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*. 2019; 52(1): 42-50.
111. Godart N, Berthoz S, Rein Z, et al. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *International Journal of Eating Disorders*. 2006; 39(8): 772-778.
112. Özsoylar G, Sayın A, Candansayar S. Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2008; 11(1).
113. Noyes Jr R. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*. 1999; 21(1): 8-17.

EK 1: Proje Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.04.2021-30144



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı : E-94603339-604.01.02-30144
Konu : Proje Onayı

28.04.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Beyza Elif Erbişim tarafından yürütülecek olan KA21/180 nolu "Yetişkin bireylerde hastalık kaygısının Akdeniz diyetine uyum ve yeme tutum davranışları üzerine etkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildirisi ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

EK 2: Anket Formu

Sayın katılımcı, bu anket Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi Beyza Elif ERBİŞİM' in yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacı, yetişkin bireylerde hastalık kaygısındaki yükseklik ile anormal yeme durumu arasındaki ilişki ve hastalık kaygısı düşük bireylerde Akdeniz tipi beslenmeye yüksek uyum görülüp görülmeyeceğini incelemektir. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15- 20 dk. arasındadır. Anket formundaki soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurmanızı rica ediyoruz. Elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecek ve etik kurallara özen gösterilecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

YETİŞKİN BİREYLERDE HASTALIK KAYGISININ AKDENİZ DİYETİNE UYUM VE YEME TUTUM DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

ANKET FORMU

I. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyet: 1 kadın 2 erkek
2. Yaş:
3. Boy:
4. Ağırlık (kg):
5. Öğrenim Durumu: 1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite 7.Lisans üstü
6. Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış
7. Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2 Hayır
8. Cevabınız evet ise lütfen hastalığınızı belirtiniz:

BESLENME ALIŞKANLIKLARINA DAİR BİLGİLER

9. Genellikle günde kaç ana öğün yemek yersiniz? 1. 1 2. 2 3. 3 veya daha fazla
10. Eğer ana öğün atlıyorsanız genellikle hangi ana öğünü atlarsınız? 1.Kahvaltı 2. Öğle 3. Akşam
11. Ara öğün tüketir misiniz? 1.Evet 2. Hayır
12. Cevabınız evet ise kaç ara öğün tüketirsiniz?.....

13. Günlük kaç litre su tüketirsiniz?
14. Herhangi bir gıda takviyesi kullanıyor musunuz? (Vitamin, mineral, probiyotik, balık yağı, bitkisel ürünler vb.) 1. Evet 2.Hayır
15. Cevabınız evet ise kullandığınız gıda takviyesini lütfen belirtiniz:
16. Sağlıklı beslenme hakkındaki bilgi kaynaklarınızı işaretleyiniz
- 1.Radyo/televizyon 2.Yazılı basın (gazete, dergi) 3.Diyetisyen 4.Sağlık personeli
5.Arkadaşlar/yakın çevre 6.Kitaplar /broşürler 7.Zayıflama merkezleri 8.Aile büyükleri 9. Hepsi 10.Diğer....

UYKU İLE İLGİLİ BİLGİLER

17. Uykuda düzensizlik ve uyku problemi yaşıyor mısınız? 1. Evet 2. Hayır
18. Uyku süreniz günlük ortalama kaç saattir?

EK 3: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS)

1. Yemeklerde temel yağ olarak zeytinyağı kullanıyor musunuz? **Haftada en az 2 kez salata, sebze, et veya balık yemeklerinde kullanıyorsa “Evet” işaretleyiniz.**
1.Evet 2. Hayır
2. **Günde** ne kadar zeytinyağı tüketiyorsunuz? (Kızartmalarda, salatalarda, ev dışında yenilen yemeklerde kullanılanlarda vb.) (1 yemek kaşığı=13.5 g)
1. Tüketmiyorum 2. 1-3 yemek kaşığı 3. 4 yemek kaşığı ve üzeri
3. **Günde** kaç porsiyon sebze tüketiyorsunuz? (1 porsiyon= 200 g)
1. Tüketmiyorum 2. 1 porsiyon 2. 2 ve üzeri
4. **Günde** kaç porsiyon meyve (Taze sıkılmış meyve suları dahil) tüketiyorsunuz? (Toplam meyve porsiyonu= Total meyve g/80) (Taze meyve suyu porsiyonu= Her 100 ml için 1 porsiyon)
1. Tüketmiyorum 2. 1-2 porsiyon 3. 3 porsiyon ve üzeri
5. **Günde** kaç porsiyon kırmızı et tüketiyorsunuz? (1 köfte kadar et = 30 g)
1. Tüketmiyorum 2. 100 g altı 3.100 g üstü
6. **Günde** kaç porsiyon tereyağı veya margarin tüketiyorsunuz? (1 yemek kaşığı=12 g)
1. Tüketmiyorum 2. 1 yemek kaşığı 3. 2 yemek kaşığı ve üstü
7. **Günde** ne kadar şekerli ya da tatlandırılmış içecekler tüketirsiniz? (1 porsiyon=100 ml)
1. Tüketmiyorum 2. 1 porsiyon 3. 2 porsiyon ve üzeri
8. Şarap içer misiniz? **Haftada** ne kadar tüketiyorsunuz? (1 kadeh= 125 ml)
1. Tüketmiyorum 2. Haftada 7 kadehten az 3. Haftada 7 kadeh ve üstü
9. **Haftada** kaç porsiyon bakliyat tüketiyorsunuz? (1 porsiyon= 150 g)
1. Tüketmiyorum 2. Haftada 1-2 porsiyon 3. Haftada 3 porsiyon ve üstü
10. **Haftada** kaç porsiyon balık / deniz ürünü tüketiyorsunuz? (1 porsiyon = 100-150 g balık veya 4-5 adet veya 200 g kabuklu deniz ürünleri)
1. Tüketmiyorum 2. Haftada 1-2 porsiyon 3. Haftada 3 porsiyon ve üstü
11. **Haftada** kaç kez işlenmiş tatlı ya da hamur işi (Ev yapımı olmayan) tüketiyorsunuz?
1. Tüketmiyorum 2. Haftada 1-2 kez 3. Haftada 3 kere ve üstü
12. **Haftada** kaç defa fındık (yer fıstığı dahil) tüketiyorsunuz? (1 porsiyon = 30 g, 8 orta boy fındık: 10-20 g)

1. Tüketmiyorum 2. Haftada 1-2 porsiyon 3. Haftada 3 porsiyon ve üstü
13. Sığır eti, domuz eti, hamburger veya sosis yerine tavuk, hindi veya tavşan eti yemeyi mi tercih edersiniz? (beyaz et: tavuk, hindi, tavşan eti)
1. Evet daha çok beyaz et tercih ederim
2. Hayır daha çok kırmızı et tercih ederim
14. **Haftada** kaç kere haşlanmış sebze, makarna, pilav veya diğer yemeklerinize domates, sarımsak, soğan veya pırasa soslu zeytinyağı kullanırsınız?
1. Kullanmam 2. Haftada 1 kere 3. Haftada 2 kez ve üzeri



EK 4: Kısa Sağlık Anksiyetesi Envanteri

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
- (b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
- (c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
- (d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK 5: Yeme Tutum Testi (YTT-26)

Bu bir test değildir; “doğru” veya “yanlış” yanıt yoktur. İçtenlikle yanıtlamanız önemlidir. Her soruda size uygunluk derecesine karşılık gelen cevabı işaretleyiniz.

SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişman olmaktan çok korkarım						
2. Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım						
3. Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum						
4. Çatlayıncaya kadar yemek yerim						
5. Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.						
6. Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim						
7. Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum						
8. Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim						
9. Yedikten sonra kusarım						
10. Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım						
11. Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler						
12. Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm						
13. Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür						
14. Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır						
15. Çevremdekilere göre yemek yemem						

daha uzun sürer						
16. İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım						
17. Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir						
18. Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm						
19. Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır						
20. Çevremdekilerin beni yemek yemeğe zorlar						
21. Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım						
22. Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissederim						
23. Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim						
24. Midemin boş olmasını severim						
25. Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım						
26. Yedikten sonra kusma dürtüsü hissederim						