



**T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE YEME TUTUMU İLE
DEPRESYON, ANKSİYETE VE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa Karabekir



**T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE YEME TUTUMU İLE
DEPRESYON, ANKSİYETE VE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa Karabekir

Tez danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Fisun SÖZEN

TEŞEKKÜR

Çok sevdiğim ülkemde mutlu ve özgür bir şekilde yaşamamı sağlayan **M. Kemal ATATÜRK'e**, bize bu güzel yerleşkede eğitim fırsatı sunan Başkent Üniversitesi Kurucusu ve Kurucu Rektörü, **Sayın Prof. Dr. Mehmet HABERAL'a** ve Başkent Üniversitesi Rektörü, **Sayın Prof. Dr. Ali HABERAL'a** teşekkürleri bir borç bilirim.

Aile Hekimliği eğitimimdeki katkılarından dolayı başta Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı **Sayın Prof. Dr. Altuğ KUT** olmak üzere tüm hocalarıma,

Tez çalışmamın yapılmasındaki katkılarından ve desteğinden dolayı **Sayın Prof. Dr. Mehmet Ergun ÖKSÜZ'e** ve ilgisiyle, sevgisiyle çalışma ortamımızı aile ortamına çeviren, her zaman yanımda olan, bilgisi ve deneyimiyle asistanlığında ve tez çalışmamda rehberim olan, tez danışmanım, **Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fisun SÖZEN'e**, asistanlık eğitimim süresince katkılarını esirgemeyen **Sayın Dr. Öğr. Üyesi Cihan FİDAN'a**, **Sayın Uzm. Dr. M. Gökhan EMİNSOY'a** ve **Sayın Uzm. Funda SALGÜR'e** sonsuz teşekkürleri bir borç bilirim.

Zorlu asistanlık yıllarımızı beraber geçirdiğimiz ve yanımda olan tüm mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Araştırma verilerinin toplanmasındaki katkılarından dolayı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim görmekte olan tüm doktor adaylarına teşekkürleri bir borç bilirim.

Hayatımın her anında yanımda olan desteğini ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen, ömrüm boyunca hakkını ödeyemeyeceğim sevgili annem **Sibel AKSOY'a**, bugünlere gelmemde en büyük katkıya sahip olan, değerini kaybedince daha çok anladığım sevgili dedem **Demir AKSOY'a**, beni büyüten ve yetiştiren sevgili anneannem **Fatma AKSOY'a**, Ankara'da geçirdiğim süre boyunca her konuda yardımını esirgemeyen, evinin kapılarını açan sevgili dayım **Özgür AKSOY'a**, her zaman yanımda olan ve destelerini daima hissettiren bütün aileme sonsuz teşekkür, sevgi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Mustafa Karabekir

Ankara 2020

ÖZET

Yeme tutumu bozuklukları yeme davranışlarında ve tutumlarındaki bozulmaları kapsayan, kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyen kompleks psikiyatrik bir hastalıktır. Yeme bozukluklarının, kişilerin yaşamlarının pek çok yönüne etki etmesi, sık rastlanan bir rahatsızlık olması, çok sayıda bedensel belirti ortaya çıkarması, fiziksel sağlığı ve hatta yaşamı tehdit eden bir boyutunun olması, tedavi sürecinin zorlu, uzun ve maliyetli olması, tekrarlama ihtimalinin yüksek olması, ayrıca depresyon-anksiyete gibi duygu durum bozukluklarının eşlik etmesi ve özellikle gençlerde görülme sıklığının artması nedeniyle günümüzde toplum ruh sağlığı açısından önemi artan ve sıklıkla incelenen bir hastalık grubu haline gelmiştir. Yeme tutumu bozukluğu ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin tam olarak anlaşılamaması, bütüncül bir tedavinin yapılamamasına ve hastalık sürecinin uzamasına neden olmaktadır.

Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı bir araştırma niteliğinde olup; tıp fakültesinde okuyan öğrencilerde yeme tutumu bozukluğu varlığını, depresyon, anksiyete, dürtüsellik düzeyini ve aralarındaki ilişkiyi sosyodemografik özellikler ile birlikte değerlendirmeyi amaçlayan, katılımcılarla yüz yüze yürütülen anket formu uygulama yöntemiyle yapılmıştır.

Çalışma kapsamında, 2019-2020 eğitim döneminde Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden 588 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmada kullanılan anket formunda 15 soru sosyodemografik özellikleri, 10 soru beslenme ve spor yapma durumu, 6 soru hastalık durumu, 4 soru sigara/alkol kullanma durumu, 2 soru riskli davranış durumu ile ilgili olmak üzere toplam 37 soru bulunmaktadır. Ayrıca 40 sorudan oluşan “Yeme Tutumu Testi”, 21 sorundan oluşan “Beck Depresyon Ölçeği”, 21 sorundan oluşan “Beck Anksiyete Ölçeği” ve 15 sorudan oluşan “Barratt Dürtüsellik Ölçeği” katılımcılara uygulanmıştır.

Öğrencilerin %9,4'ünde bozulmuş yeme tutumu ya da bozulmuş yeme davranışı olduğu saptanmıştır. Yeme tutumu bozukluğu; kız öğrencilerin %11,9'unda, erkek öğrencilerin %4,4'ünde görülürken yeme tutumu ile cinsiyet arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Yeme tutumu bozukluğu ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif, plan yapmama dürtüsellliği arasında negatif ilişki saptanmıştır. Bozulmuş yeme tutumu ile motor dürtüsellik ve dikkat dürtüsellliği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Öğrencilerde

depresyon ve anksiyete şiddeti arttıkça yeme bozukluğu görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir. Ayrıca yeme tutumu ile ilişkili diğer faktörler; ilaç kullanmasını gerektirecek hastalık durumu, BKİ, kilo problemi ile ilgili düşüncesi, diyet yapma durumu ve riskli davranış gösterme olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu araştırma ile ülkemizde ve dünyada sıkça görülen yeme tutumu bozukluğu ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak tedavi yaklaşımında bütüncül bir yol izlenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda birbirinden bağımsız konular olmadığını göstererek hekimler ile konuyla ilgili diğer meslek grupları tarafından sürecin daha iyi yönetilmesine yardımcı olacak veriler elde edilmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, yapılan benzer araştırmalarda bulunan sonuçlarla uyumludur.

Yeme tutumu bozukluğu ile depresyon, anksiyete, dürtüsellik ve diğer etkili faktörler ile ilişkisi tespit edilerek özellikle erken dönemde genç bireylerin en kısa sürede ve en uygun şekilde tedavi edilmesine yönelik müdahalelerin yapılması gerek toplum sağlığı ve birey sağlığı açısından gerekse sağlık giderleri açısından birçok olumsuzluğun engellenmesinde önemli rol oynayacaktır. Ayrıca toplum ve birey sağlığında en önemli görevi üstlenen ve gerekli donanıma sahip olan aile hekimlerinin de bu konudaki farkındalıklarını artırmada yararlı olacağı öngörülmüştür.

SUMMARY

Eating behavior disorders are a complex psychiatric illness that includes impairments in eating behaviors and attitudes and negatively affects the physical and mental health of the person. Nowadays, eating disorders; affecting many aspects of people's lives, being a common disorder, causing many physical symptoms, having a physical health and even life-threatening dimension, the treatment process being difficult, long and costly, the possibility of recurrence, also due to the accompanying mood disorders such as depression-anxiety and the increasing prevalence especially in young people, it has become a group of diseases that are increasingly important in terms of public mental health and are frequently examined. Incomplete understanding of the relationship between eating attitude disorders and depression, anxiety and impulsivity; causes inability to provide a holistic treatment and prolong the disease process.

Our study is a cross-sectional descriptive research; the questionnaire, which aims to evaluate the presence of eating attitude disorder, depression, anxiety, impulsivity level and the relationship between them, together with sociodemographic characteristics, was conducted with the method of applying a face-to-face questionnaire in students studying at medical school.

Within the scope of the study, 588 students studying at Başkent University Faculty of Medicine during the 2019-2020 academic year and agreeing to participate in the study were included in the research.

In the questionnaire form used in the study, there are a total of 37 questions, including 15 questions about sociodemographic characteristics, 10 questions about nutrition and sports status, 6 questions about illness, 4 questions about smoking/alcohol, and 2 questions about risky behavior. In addition, the "Eating Attitude Test" consisting of 40 questions, the "Beck Depression Inventory" consisting of 21 questions, the "Beck Anxiety Scale" consisting of 21 questions and the "Barratt Impulsivity Scale" consisting of 15 questions were applied to the participants.

It was determined that 9,4% of the students had impaired eating attitude or impaired eating behavior. Eating attitude disorder; while it was observed in 11,9% of female students and 4,4% of male students, the relationship between eating attitude and gender was found to be significant ($p<0,05$).

A positive relationship was found between eating attitude disorder and depression and anxiety, and a negative relationship between impulsivity not to plan. No significant

relationship was found between impaired eating attitude and motor impulsivity and attention impulsivity. It was determined that as the severity of depression and anxiety increased in students, the prevalence of eating disorders increased. In addition, other factors related to eating attitude; the disease state that requires drug use, BMI, thought about weight problem, dieting status and showing risky behavior ($p < 0,05$).

With this study, it was aimed to follow a holistic approach in the treatment approach by revealing the relationship between eating attitude disorder, which is common in our country and in the world, and depression, anxiety and impulsivity. At the same time, by showing that there are no independent subjects, it is aimed to obtain data that will help the physicians and other relevant professional groups to manage the process better. The results obtained in this study are consistent with the results found in similar studies.

Determining the relationship between eating attitude disorder and depression, anxiety, impulsivity and other influential factors and making interventions to treat young individuals as soon as possible and in the most appropriate way, especially in the early period, will play an important role in preventing many negativities both in terms of public health and individual health and health costs. In addition, it has been predicted that family physicians who have the most important role in public and individual health and have the necessary equipment will be useful in raising their awareness on this issue.

İÇİNDEKİLER

SAYFA

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
SUMMARY	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yeme Tutumu Bozuklukları	5
2.1.1. Yeme Tutumu Bozuklukları Tarihçesi	7
2.1.2. Yeme Tutumu Bozuklukları Epidemiyolojisi	9
2.1.3. Yeme Tutumu Bozuklukları Tanısı ve Sınıflandırılması	11
2.1.4. Yeme Tutumu Bozuklukları Etyolojisi	17
2.1.5. Yeme Tutumu Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Komorbiditeler	22
2.1.6. Yeme Tutumu Bozukluğu Tedavisi.....	23
2.1.7. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumu Bozuklukları	26
2.2. Depresyon.....	29
2.2.1. Depresyon Epidemiyolojisi ve Etyolojisi	31
2.2.2. Depresyon Tanısı ve Sınıflandırılması	35
2.2.3. Depresyon Tedavisi	36
2.2.4. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon	37
2.2.5. Depresyon ve Yeme Bozukluğu İlişkisi	39
2.3. Anksiyete Bozuklukları	41
2.3.1. Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi ve Etyolojisi	42
2.3.2. Anksiyete Bozuklukları Tanısı ve Sınıflandırılması	44
2.3.3. Anksiyete Bozuklukları Tedavisi	45
2.3.4. Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete Bozuklukları	47
2.3.5. Anksiyete ve Yeme Bozukluğu İlişkisi	48
2.4. Dürtüsellik	48

2.4.1. Dürtüselliğin Süreçleri.....	49
2.4.2. Dürtüsellik ve Psikiyatrik Bozukluklar	50
2.4.3. Dürtüsellik ve Yeme Bozuklukları	50
3. GEREÇ ve YÖNTEM	52
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	52
3.2. Araştırmanın Tipi	52
3.3. Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Tekniği	52
3.4. Veri Toplama Aşaması	52
3.5. Veri Toplama Araçları ve Sorular	52
3.5.1. Yeme Tutumu Testi-40 (YTT-40).....	53
3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	54
3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	55
3.5.4. Barratt Dürtüsellik(İmpulsivite) Ölçeği 11-Kısa Form (BIS-11).....	55
3.6. İstatistiksel Değerlendirme	56
3.7. Araştırmanın Süresi	56
4. BULGULAR.....	57
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	57
4.2. Katılımcıların YTT-40, BDÖ, BAÖ ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Sonuçları.....	71
4.3. Yeme Tutumunu Etkileyen Faktörler ve Aralarındaki İlişki.....	74
5. TARTIŞMA	86
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	96
7. KAYNAKLAR	99
8. EKLER	118
Ek 1: Sosyodemografik özellikler ve yeme bozuklukları için olası risk etmenleri ile ilgili bilgileri içeren anket formu	118
Ek 2: Yeme tutumu testi-40 (YTT-40)	122
Ek 3: Depresyon tarama testi olarak Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	124
Ek 4: Anksiyete tarama testi olarak Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	127
Ek 5: Dürtüsel davranış örüntüsü için Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11-Kısa Form (BIS-11)	128

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon
- AN:** Anoreksiya Nervoza
- APA:** Amerikan Psikoloji Birliği
- BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği
- BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- BIS-11:** Barratt Dürtüsellik(İmpulsivite)Ölçeği 11-Kısa Formu
- BKİ:** Beden Kitle İndeksi
- BN:** Bulimia Nervoza
- CDC:** Centers For Disease Control And Prevention
- DALY:** Disability Adjusted Life Years(Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı)
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- ECA:** Epidemiologic Catchment Area Study(Epidemiyolojik Saha Çalışması)
- EKT:** Elektrokonsulsif Tedavi
- ICD:** International Classification of Diseases
- MAO:** Monoamin Oksidaz
- MONICA:** Monitoring of Trends and Determinations in Cardiovascular Disease
- NCS:** National Comorbidity Survey(Ulusal Eştanı Araştırması)
- SCID-I:** DSM Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Anketi
- SED:** Sosyoekonomik Düzey
- SNRI:** Selektif Nöradrenalin Reseptör İnhibitörü
- SSRI:** Selektif Serotonin Reseptör İnhibitörü
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- TYB:** Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu
- YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- YLD:** Years Lived With Disability(Yeti Yitimi İle Geçirilen Yıllar)
- YTT-40:** Yeme Tutumu Testi-40
- WHO:** World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Anoreksiya Nervoza'nın DSM-V'e göre tanı kriterleri.....	12
Tablo 2. Bulimiya Nervoza'nın DSM-V'e göre tanı kriterleri.....	14
Tablo 3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun DSM-V'e göre tanı kriterleri.....	16
Tablo 4. Çalışma Takvimi.....	56
Tablo 5. Katılımcıların Sınıflara Göre Demografik Özellikleri.....	60
Tablo 6. Katılımcıların Sınıflara Göre Hastalık Durumu Özellikleri.....	63
Tablo 7. Katılımcıların Sınıflara Göre Sigara/Alkol Kullanma Durumu.....	65
Tablo 8. Katılımcıların Sınıflara Göre Beslenme ve Spor Yapma Durumu.....	65
Tablo 9. Katılımcıların Sınıflara Göre Riskli Davranış Durumu.....	70
Tablo 10. Katılımcıların Sınıflara Göre YTT-40, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği Sonuçları.....	70
Tablo 11. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Sonucu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki.....	74
Tablo 12. Beck Depresyon Ölçeği Sonucu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki.....	75
Tablo 13. Beck Anksiyete Ölçeği Sonucu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki	76
Tablo 14. Cinsiyet, Anne-Baba Medeni Durum ve Yaşadığı Yer ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki.....	78
Tablo 15. İlaç Kullanmasını Gerektirecek Hastalık Durumu ve Psikiyatrik Hastalık Durumu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki.....	79
Tablo 16. Beden Kitle İndeksi, Kilo Problemi Düşüncesi ve Diyet Yapma Durumu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 17. Yeme Tutumu Testi, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Dönelmlere Göre Dağılımı ve Arasındaki İlişki.....	82
Tablo 18. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Sonucunun Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Dönelmlere Göre Dağılımı ve Arasındaki İlişki	84

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	75
Şekil 2. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	76
Şekil 3. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, Cinsiyete Göre Dağılımı.....	78
Şekil 4. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, İlaç Kullanmasını Gerektirecek Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	79
Şekil 5. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, Kilo Problemi ve Diyet Yapma Durumuna Göre Dağılımı.....	81
Şekil 6. Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Dönemlere Göre Dağılımı.....	82

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Toplumsal koşullar ve alışkanlıklardaki değişimler, insan davranışlarını etkilediği gibi kişilerin yeme davranışı ve tutumlarını da etkilemektedir (1). Yeme tutumu motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişimlerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından etkilenmesiyle oluşan kompleks bir durum olarak görülmektedir. Yeme davranışı, doğumla başlayan anne bebek ilişkisinden itibaren bütün sosyal ilişkilerin oluşumuyla da ilgili olan ve ayrıca çeşitli haz ve acı verici yaşantılarla da ilişkilendirilmektedir (2). Psikoloji literatüründe tutum; kişiye yüklenen ve kişinin duyguları, düşünceleri ve davranışlarını meydana getiren eğilim olarak tanımlanmaktadır (3). Bu açıdan değerlendirildiğinde tutumların, kişiler tarafından sergilenen somut davranışları değil, davranışlara zemin hazırlayan soyut eğilimleri kastettiği düşünülmektedir. Bu kavram yeme tutumu ile ilişkilendirilerek incelenirse, yeme tutumu kişinin yeme ve beslenme ile ilgili duyguları, düşünceleri ve davranışlarını meydana getiren eğilimi olarak tanımlanabilir (3). Yeme tutumuna getirilen başka bir kavramsal bakış açısı, yeme tutumlarının çocukluktan itibaren ailesel, sosyal faktörlere ve öğrenmeye bağlı geliştiği; ayrıca kişilerin neyi yemeleri konusundaki tercihlerini kapsadığı yönündedir (4). Kişinin ne yiyeceği, ne zaman yiyeceği, nasıl yiyeceği, ne kadar yiyeceği ve kiminle yiyeceği gibi seçimlerini kapsayan yeme tutumu, sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik ihtiyaçlar çerçevesinde sınırlı kalmayan, psikolojik ve toplumsal değişkenlere bağlı olarak değişebilen bir kavramdır (4). Günümüzde özellikle sosyal medya gibi faktörlerin de etkisiyle gerçekçi olmayan beden imajlarına maruz kalmak, ‘ince ve zayıf görünme gerekliliği algısını’ sürekli olarak pekiştirmekte; kişilerin fiziksel görünümüne yönelik uğraşlarında ve yeme davranışlarında birtakım farklılıklara yol açmaktadır (5). Bu farklılıklara örnek olarak; aşırı zayıflık, aşırı kilo, rejimle aşırı uğraş, şişmanlık kaygısı ve işlevsel olmayan davranışlar gösterilebilir (6, 7).

Yeme bozukluğu, özellikle obeziteye neden olan aşırı yemek yeme, yemek yemeyi reddetme, bireyin vejetaryen olması veya bazı psikolojik nedenlerden ötürü yemek yemeyi kısıtlaması, yemek olmayan maddelerin yenilmesi, yenen yemeğin hemen sindirilerek atılması veya karşı konulamaz gece yemek yeme davranışlarının sergilenmesidir (8). Yeme bozukluklarının, hem kişilerin yaşamlarının pek çok yönüne etki etmesi, hem de sık rastlanan bir rahatsızlık olması nedeniyle günümüzde toplum ruh sağlığı açısından önemi artmaktadır (6). Yeme tutumunu etkileyen faktörler sonucunda ortaya çıkan yeme bozukluğu, obezitenin de en önemli sebeplerindendir. Dünyada hem gelişmiş hem de

gelişmekte olan ülkelerde fazla kilo ve obezite oranları her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa’da yapılan MONICA çalışmasında obezite sıklığında son 10 yılda yaklaşık yüzde 30 oranında bir artış olduğu açıklanmaktadır (9). Yeme bağımlılığıyla ilgili araştırmalarda; lezzetli yiyeceklerin ve kötüye kullanılan maddelerin dopamin ve opiat sistemi üzerine benzer etkileri olduğu, obez bireylerde bağımlılarda olduğu gibi düşük D2(dopaminergik reseptör) aktivitesi saptanması gibi yiyeceklerin bağımlılık yaptığına dair kanıtlar bulunmuştur (10, 11).

Yeme tutumu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, yeme tutumundaki bozulmaların görülme yaşının giderek düştüğü, yetişkinlerde ise görülme sıklığının arttığı, stresli meslek gruplarının ötesinde günümüzde farklı meslek gruplarında da yaygınlaştığı; bununla birlikte, kişilerin psikolojik ve fiziksel sağlığını tehdit eden ve hatta ölümlerle sonuçlanabilen bir sağlık problemi olarak öne çıktığı görülmektedir (12). Özellikle ergenlik ve gençlik dönemi, beslenme ile ilgili davranışlar yönünden risklidir. Bu dönemde aileden bağımsız yemek yeme alışkanlığına yönelme ile birlikte yiyecek tercihleri değişir ve beslenmeyle ilgili riskli davranışlar görülebilir. Özellikle yağ ve kalori bakımından zengin, fast-food beslenme sıklığındaki artış ve fiziksel aktivitedeki azalma, obezite ve yeme bozuklukları oranlarının artmasına neden olabilmektedir. Gençlerde yeme bozukluklarının ortaya çıkmasındaki etken, yeme tutumunun özellikle bu dönemde birçok faktörden etkilenmesi olarak görülür (13). Bu dönemde yeme tutumunu etkileyen biyolojik (genetik veya nöro-kimyasal), gelişimsel, kültürel, bireysel, psikolojik, ailesel ve çevresel faktörlerin kombinasyonu yeme tutumu bozukluklarının oluşmasına zemin hazırlar (14, 15). Batılı ülkelerde yapılan araştırmalarda, incelik idealine ve hızlı ekonomik kalkınmaya maruz kalma, sanayileşme, şehirleşme, cinsiyet rollerinde değişme, sosyo-kültürel faktörler ve toplumsal normlar da yeme bozukluklarının gelişiminde risk faktörleri olarak bulunmuştur (13). Ülkemizde de benzer sebeplere bağlı olarak giderek yaygınlaşan yeme bozukluklarının sıklığı net olarak bilinmese de, gençlerde tanı konulamayacak düzeyde yanlış yeme davranışları ile karşılaşmaktadır (16).

Üniversite öğrencilerinin doğru beslenme alışkanlıklarına sahip olmasının toplumsal önemi oldukça fazladır. Üniversite yaşamı boyunca bireyler beslenme tarzlarını ailelerinden ayrı özgür bir şekilde oluşturmaktadır (17). Bireylerin yaşam tarzı ve ileriiki dönemde sağlık durumlarını belirleyecek olan birçok alışkanlık üniversite yaşamında oluşmaktadır. Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam tarzı tutumlarını oluşturan alışkanlıklardan biri de yeme tutum ve davranışlardır. Yeme bozukluğu hemen hemen her yaşta görülür; ancak üniversite öğrencileri daha fazla risk altındadır. Bu

dönemde karşılaşılan sorunlar kişileri yeme bozukluğuna götürebilmektedir (18, 19).

Beslenmenin fizyolojik yönü kadar psikolojik yönü de olduğu için, yeme bozuklukları günümüzde beslenmenin özellikle psikolojik yönünün daha fazla araştırılması gerekliliğini doğurmuştur. Yeme bozuklukları, negatif beden imgesi ve beraberinde getirdiği duygulanım bozukluklarını da içine alan bir hastalık grubudur (20). Yeme tutumunu etkileyen faktörler sonucunda yeme bağımlılığı oluşma sürecinde eşlik eden bir başka muhtemel mekanizma da dürtüsel davranış örüntüsüdür. Ayrıca bağımlılık ve dürtüsel davranış örüntüsünün ilişkili olduğu da bilinmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan fazla kilolu bireylerde yeme bağımlılığı ve dürtüsel davranış örüntüsünün ilişkili olduğu tespit edilmiştir (21). Depresyon ve anksiyete bozulmuş yeme davranışlarına ve obeziteye eşlik ettiği bilinen bir başka psikiyatrik hastalık grubudur. Çalışmalarda depresyon, anksiyete ve somatizasyon bozukluklarının obez bireylerde sıklıkla görüldüğü saptanmıştır (22, 23). Ayrıca depresif belirtilerin yeme tutumu bozuklukları için bir risk faktörü oluşturduğu görülmüştür (16, 24). Araştırmaların çoğunda depresif veya anksiyete belirtileri arttıkça bozulmuş yeme tutumlarının da arttığı görülmektedir. Bununla birlikte yeme tutumu bozukluğu da depresyon ve kaygıyı tetikleyebilir (25, 26, 27, 28). Anksiyete ve depresif belirtilerin kişideki olumsuz duyguları arttırdığı dolayısıyla işlevsel baş etme stratejilerine sahip olmayan bu kişilerin bir baş etme yöntemi olarak bozulmuş yeme davranışlarını gösterebildiği söylenebilir (24, 29). Yeme bozukluğu olan hastalarda yaşamı boyunca en az bir defa anksiyete bozukluğu görülme sıklığının %75 civarında olduğu bildirilmektedir (30).

Yeme bozuklukları, adolesan ve genç erişkinlerdeki yüksek prevalansı ile morbidite ve mortalite açısından erken tanı ve tedaviyi gerektiren önemli bir durumdur (5, 31, 32). Adolesan dönemde edinilen ve yaşam boyu devam etme olasılığı yüksek olan yanlış beslenme alışkanlıklarının ve yeme bozukluklarının tespit edilmesi ile ileride ortaya çıkabilecek hastalıkların önlenmesi koruyucu hekimlik açısından büyük önem taşımaktadır.

Genç nüfus değişimin ve dinamizmin temelini bizlere gösteren, çoğunluğu üniversitede olan bir kesim olmakta ve bizim toplumumuzda genç nüfusun yoğun olarak varlığını sürdürdüğü bir ülke olmaktadır (33). Oldukları yaş dilimi, psikolojik ve sosyal etkiler, ekonomik sorunlar nedeniyle üniversitede okuyan bireyler yeme bozukluklarında risk grubunu oluşturmaktadır (26). Özellikle tıp fakültesinde okumakta olan öğrencilerde, psikolojik açıdan uzun ve zorlu bir süreç olan tıp eğitiminin beslenme alışkanlıklarına olan etkisini görmek ve ayrıca doktor adaylarının doğru beslenme bilgisine sahip olmaları da son derece önemlidir. Bu sebeple araştırmamızda örneklemin tıp fakültesi öğrencileri

olması, yeme tutumu ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin ortaya konmasında daha etkili olacağı düşünülmektedir. Tıp fakültesinde yapılan araştırmalarda yeme tutumu bozukluğu ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişki saptanarak kapsamlı bir tedavi sağlanabileceği ve tıp fakültesi öğrencilerinin yoğun psikolojik strese neden olan eğitim sürecinde yeme tutumlarını etkileyen faktörlerin ortaya konulabileceği düşünülmüştür (34, 35).

Bu araştırma ile ülkemizde ve dünyada sıkça görülen yeme tutumu bozukluğu ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak tedavi yaklaşımında bütüncül bir yol izlenmesi ve birbirinden bağımsız konular olmadığını göstererek hekimler ile araştırmayla ilgili diğer meslek grupları tarafından sürecin daha iyi yönetilmesine yardımcı olacak veriler elde edilmesi, ayrıca sağlık sisteminin ilk başvuru noktası olan ve hem sağlıklı birey takibi hem de hastaya kapsamlı ve bütüncül yaklaşım konusunda yeterli donanımı olan aile hekimlerinin farkındalığını artırmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Tutumu Bozuklukları

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenen çok yönlü bir davranış örüntüsüdür. Yeme sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlayan bir araç değil anne bebek ilişkisinden itibaren bütün sosyal ilişkilerin oluşumuyla ilgili haz ya da acı veren yaşantılarla ilişkili bir durumdur (2, 36).

Yemek yeme tutumu terimi, kişilerin yemek yeme eylemi hususundaki düşünce, duygu ve eylemlerini sistematik bir biçimde oluşturan meyil olarak tanımlanmaktadır. Daha özgül söylemek gerekirse, yeme tutumu kişinin yeme davranışının normal yeme davranışı ile bozulmuş yeme davranışı arasındaki yeri, yani yeme bozukluğuna doğru giden yolu betimlemek ve yeme bozukluğunu saptamak amacıyla kullanılan bir terimdir. Beslenme ve yemek ile alakalı düşünce, davranış ve duygularının tümü bireyin yeme tutumunu oluşturmaktadır (37). Beslenmenin bilinçsizce gerçekleşmesi, dengeli olmayan beslenme davranışları, yemek yerken farklı şekillerde oluşabilecek dikkat dağılması ve hızlı yemek yeme gibi birçok farklı şekilde yeme tutumu görülmektedir. Normal olmayan bu yeme tutumları oldukça karmaşık bir rahatsızlık olan yeme bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir (38). Yeme tutumu; kişilerin yeme ve beslenme ile ilgili duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını oluşturan ve yeme bozukluklarının oluşumuna zemin hazırlayan bir eğilimdir (39). Kişilerin yeme tutumları arasında farklılıklar görülebilir; bazı bireyler bozulmuş yeme tutumlarına sahipken, bazıları normal yeme tutumlarına sahip olabilmektedir (40). Bozulmuş yeme tutumları kişinin aç olmadığı halde sürekli yemek yemesi, yeme konusunda kendini aşırı kısıtlama, kilo almaktan şiddetle korkması, sürekli diyetle meşgul olması, kusma ya da çıkarma davranışı gibi davranışlar sergilemesi örnek gösterilebilir. Bu tutumlar kişide duygusal (anksiyete, depresyon gibi), fiziksel (tıbbi sorunlar gibi) ya da sosyal (evden çıkmama, sosyal ilişkilerde izolasyon gibi) problemlere neden olabilmekte ve kişinin günlük hayatındaki işlevselliğini etkileyebilmektedir (41, 42). Normal yeme tutumunun ise net bir tanımı olmamakla birlikte genel olarak bakıldığında; kişilerin yeme ve beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarının kişinin yaşamını tehdit etmeyen, günlük işlevselliğini etkilemeyen, beden ve ruh sağlığını koruyan dengeli bir örüntü betimlenmektedir (40). Yapılan bir başka çalışmada, normal yeme tutumunun aksine bozulmuş yeme tutumlarının, kişide sosyal, duygusal ve bedensel kayıplara neden olabileceğini vurgulamaktadır (43). Literatürde bozulmuş yeme tutumuna sahip bireylerin

normal yeme tutumuna sahip bireylere göre daha fazla olumsuz duyguları hissettikleri ve daha fazla psikolojik belirti gösterebildikleri belirtilmektedir (25, 43). Yemeyi kısıtlama, sürekli kalori hesaplama, tıknırcasına yeme gibi bozulmuş yeme tutum ve davranışları depresyon ve kaygı gibi olumsuz duygulara tepki olarak görülebilmektedir (44). Öte yandan kaygı ile baş edebilmek için kullanılan bozulmuş yeme tutumları kişide olumsuz duygu durumunu daha da arttırabilmekte ve bir kısır döngüye sokabilmektedir (45).

Yeme bozuklukları yeme davranışlarında ve tutumlarında bozulmaları kapsayan, kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan psikiyatrik bir hastalık çatisıdır. Çok sayıda bedensel belirti ortaya çıkarması, fiziksel sağlığı ve hatta yaşamı tehdit eden bir boyutunun olması, tedavi sürecinin zorlu ve uzun olması, tekrarlama ihtimalinin yüksek olması nedeniyle son dönemlerde sıklıkla incelenen bir hastalık grubu olmuştur (44, 46, 47, 48, 49). Uyumsuz yeme davranışları, yeme tutum ve davranışlarında gözlenen şiddetli sorunlar, yeme bozukluğunun en belirgin özelliklerindendir (50). Yeme bozukluklarıyla ilgili yapılan araştırmalar sonucunda sosyal, kültürel ve psikolojik birçok faktörün yeme tutum ve davranışlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (51).

Yeme tutumundaki bozulmalar ile yeme bozukluğu arasındaki süreci açıklayan çalışmalar incelendiğinde; yeme bozuklukları ile yeme tutumundaki bozulmaların aynı hat üzerinde yer aldığı, bu hat üzerindeki, normal yiyenler (yeme tutumunda bozulmaların görülmediği), kilo almaya yönelik endişe duyanlar, aşırı diyet-rejim yapanlar, tıknırcasına yiyen ve çıkartanlar gibi aynı hat üzerinde ancak farklı gruplarda yer alan kişilerin, benzer psikolojik özellikler gösterdikleri görülmektedir (52, 53). Farklı yeme tutumlarına sahip olan bireylerin duygu düzenlemede güçlük, depresif belirtiler ve anksiyete gibi benzer psikolojik özellikler gösterdikleri ve gruplar arasındaki bu benzer özelliklerin sıklık ve şiddetinde farklılıklar görüldüğü belirtilmektedir (6, 25, 28, 54).

İnsanların yaşamlarını sürdürebilmesi için ihtiyaç duyduğu yeme biyolojik bir etkinlik olmasına rağmen, psikolojik durumun yeme davranışı üzerindeki etkileri de oldukça önemlidir. Bireyin içerisinde bulunduğu psikolojik duruma göre yeme davranışında farklılıklar gözlemlenebilmektedir. Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre mutluluk, neşe gibi olumlu duygular içerisinde bulunan zamanlarda sağlıklı besinleri tüketme eğilimi artış gösterirken, üzüntü, öfke gibi olumsuz duygular içerisinde bulunan zamanlarda dürtüsel yeme, düzensiz yeme ve abur cubur gibi sağlıksız yiyecekleri tüketme eğiliminin arttığı belirlenmiştir (55). Ergenlerle yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre de kişilerin mutlu, mutsuz, öfkeli, hüzünlü gibi değişen duygu durumlarının yeme davranışları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. İçerisinde bulunan stres, hüznü veya mutluluk gibi

ruhsal durumlar yeme davranışını azaltabilmekte veya arttırabilmektedir (56). Olumsuz yönde ilerleyen yeme alışkanlıklarının yeme bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (57). Bazı araştırmalarda kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre dürtüsel özellikler içeren sınır kişilik bozukluğu gibi kişilik bozukluklarında, dürtüsel olan anoreksiya nervroza, bulimiya nervroza ve tıkınırcasına aşırı yeme gibi yeme bozuklukları görülmektedir (58).

2.1.1. Yeme Tutumu Bozuklukları Tarihçesi

Yeme bozuklukları tarihin ilk dönemlerinden beri insanlar arası ilişkilerde bir takım kültürel, dini değerlerin etkisiyle; onların aile ve toplumdaki diğer bireyler ile yaşadıkları patolojik ilişkilerin, içinde bulundukları gelişim problemlerini, ihmal edilmişliklerini ve günlük yaşamın onlarda ortaya çıkardığı kompleksleri ifade eden bir davranış biçimi olarak tanımlanmıştır. Tarihin belli dönemlerinde aşırı yemek yiyerek şişmanlamak revaçta olurken, bazı dönemlerde zayıf kalma daha çok, hatta yediklerini kusma derecesine kadar sürdüren ısrarcı ve patolojik bir takım davranış biçimleri görülmüştür (1).

Yeme bozuklukları tarihsel olarak geçmişi olan bir patoloji grubudur. AN'nin 1500'lü yıllara dayanan bir geçmişi bulunmaktadır. Ortaçağlarda rahibelerin kendilerini geri dönüşümsüz olarak açlık durumlarına soktukları bildirilmektedir (44). Daha çok dini yayınlardan alınan bilgilere göre o dönemde çilecilik ve açlığın yüceltildiği anlaşılmaktadır. Koyu sofuluk, din uğruna dünya zevklerinden vazgeçme gibi durumların bugünün anoreksiya nervozasına karşılık geldiği söylenebilir (59). Daha ileriye gidersek 17. Yüzyılda bilim insanları amonore, iştahsızlık, kabızlık gibi şikayetlere sahip hastalarla çalışmışlar ve 1789'da Fransa'da aşırı iştahsızlıkla ve sonrasında ölümle sonuçlanan bir hasta tanımlanmıştır, ayrıca 19.Yüzyılda ise tıp doktorlarının yeme bozukluklarına işaret eden tanımlar koyduğu da görülmektedir (60). 1873'de Fransa'da histeri ve iştah ilişkisinden yola çıkılarak "histerical anorexia" tanımlaması yapılmıştır. Bu tanımlama hastalıkla ilgili duygusal faktörleri ve aile ilişkilerini de kapsamıştır. Bunu takiben William Gull ruhsal nedenlere bağlı olarak iştahsızlıktan söz ederek anoreksiya nervroza terimini ilk kez kullanmıştır (61). Kelime anlamı olarak bakıldığında anoreksiya "iştahsızlığa" karşılık gelmektedir. 1900'lü yılların başında Pierre Janet yeme bozukluğu olan hastaların iştahlarını tutmaya çalıştıklarını, kilo almaktan korktuklarını ve cinselliğe karşı olumsuz bir duruşlarının olduğunu fark etmiştir. Birinci Dünya Savaşından sonra bu hastalığın kötü beslenmeye bağlı olarak hormonal bozulmalardan kaynaklanabileceğini öne sürülmüş ve bu hastalar dahiliye servislerinde incelenmiştir. 1930'larda yeme bozukluklarına dair

egemen olan biyolojik görüş tekrar ikinci plana düşmüş, fizyolojik boyut psikolojik boyutun ardında kalmış ve psikanalitik açıklamalar yapılmaya başlanmıştır (61). İlk başlarda Freudyen bakış açısıyla anoreksiyanın cinsel yönü ve oral bağlantıları açıklanmaya çalışılmıştır. Yine o dönemde AN prepsikotik bir bozukluk olarak da görülmeye başlanmıştır. 1940'lardan sonra ise modern psikanalistler ebeveyn ve anne-bebek ilişkileri üzerine odaklanmışlardır (62). Yirminci yüzyılda görüş ve araştırmaları ile Hilde Bruch AN hakkındaki bilgi birikimini genişletmiş ve sıkça başvurulacak kaynaklar oluşturmuştur (63). Önceleri obezite ile ilgili araştırmalar yapmış, 1960'lardan sonra da anoreksiya nervoza ve sebeplerine dair çalışmalara başlamıştır. Konu hakkında yazdığı kitap, makale vs. gibi kaynaklarda da anoreksiya nervozanın otonomi, yeterlilik ve duygu kontrolü ile ilgisi olduğunu vurgulamıştır (63). AN'nin psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmesinin ise son 40 yıllık bir geçmişi bulunmaktadır (59). Bugün gelinen noktada tüm bu tarihsel birikimin yanında hastalığın biyopsikososyal yönü incelenmekte ve etiyolojisi açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu çaba ise hastalığın seyri ve tedavisine ışık tutmaktadır.

Bulimia kelime anlamı olarak "limos" ve "bous" sözcüklerinden türetilmiştir. "Limos" açlık, "bous" ise öküz anlamına gelmektedir. Birleşimi ise "öküzü yiyebilecek kadar açlık" anlamını doğurmaktadır (63). Bulimia nervozanın tarihçesi incelendiğinde bir tanı olarak tanımlanmasının 1979'lara dayandığı görülmektedir (64). Ancak AN'de olduğu gibi 16-17.yüzyıllarda da bulimia örüntüsü gösteren hastaların raporlandırıldığı görülmektedir. Bir tanı olarak tanımlanması AN'ye göre daha geç olsa da bir semptom olarak varlığından Eski Yunan, Mısır ve Arap kültürlerinden bu yana söz etmek mümkündür (61). Örneğin; Antik Mısır'da sağlıklı olmak, vücudu temizlemek amacıyla ayda üç kez çıkartma davranışının olduğuna dair bilgiler bulunmaktadır (65). Paryy-Jones'ın yazdığı bir inceleme makalesinde 15. ve 20. yüzyıl aralığında bulimia kriterlerine uygun olabilecek on iki vaka incelenmiştir. Bu vakaların ortak yönü doyurulamayan açlık duygusudur. Bazı vakalarda sebep sindirim ile ilgili problemlere bağlanmış, bazı vakalarda ise yeme davranışındaki bozulmalar dikkat çekmiştir. O dönemlerde görülen vakalardaki belirtilerin tanı kriterlerini tam olarak karşılamadığı ancak günümüz semptomatolojisine benzer belirtileri taşıdığı belirtilmektedir (66). Gerald Russell bulimia terimini bugün kullandığımız anlamda kullanan ilk isimdir ve Russell'e göre bulimia için en önemli üç tanı kriterini karşılamak gerekmektedir (64). Bunlar "aşırı yeme nöbetleri", "çıkarma ya da laksatif kullanımı" ve "şişmanlamaktan korkma"dır. Birçok patoloji grubunda olduğu gibi yeme bozukluğunun varlığı da insanoğlunun gelişimi/değişimi ile beraber oluşmaktadır.

2.1.2. Yeme Tutumu Bozuklukları Epidemiyolojisi

Yeme tutumundaki bozulmaların epidemiyolojisine bakıldığında yemeyle ilgili sorunların batılı toplumlarda, doğu kültürüne oranla daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte; son dönemlerdeki yapılan çalışmalar incelendiğinde, yeme sorunlarının görülme sıklığının doğu kültüründe de önemli derecede arttığı görülmektedir (67, 68, 69). Türkiye’de prevelansı görmek adına geniş çaplı bir çalışma henüz yapılmamıştır; ancak lise ve üniversite düzeyinde bireyler üzerinde yapılan çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda yeme bozukluğu prevelansı %0,5-2,2 aralığındadır (70, 71). Farklı toplum yapılarında (özellikle Batılı ve Doğulu toplumlar) yeme bozukluklarının görülme oranı da değişmektedir (72). Ancak toplumlardaki ortak nokta ağırlıklı olarak kadınlarda ve genç popülasyonda (15-24 yaş) görülüyor olmasıdır (73). Ruhsal ve bedensel açıdan kişi yaşamını tehdit eden bu rahatsızlığın toplumda görülme olasılığı %1-3 olarak belirtilmektedir (74). Yeme tutumundaki bozulmalar farklı popülasyonda görülmekle birlikte, bozukluğun genellikle ergenlik ya da genç yetişkinlik dönemlerinde başladığı ve bozukluğun başlangıcının çoğunlukla kişinin yaşamındaki stres verici bir yaşam olayı ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (75). Güncel araştırmalar günümüzde bozulmuş yeme tutumunun görülme yaşının düştüğünü ve orta yaş kadınlarında da görülme oranının arttığını belirtmektedir (24, 76, 77). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda sayısal verilerin değişken olduğu, farklı bulguların ortaya çıktığı görülmektedir. Yeme bozukluğuna sahip bireylerin bu durumlarını gizliyor olması ve inkar etmesi bu farklılaşmanın bir kaynağıdır. Yeme bozukluklarının nedenlerinin incelendiği bir makalede; 15-29 yaş aralığındaki kadınlarda yeme bozukluğu görülme oranının %3-10 olduğu ve BN'nin AN'ye göre iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (78).

Bozulmuş yeme tutumu ve davranışlarının incelendiği çalışmalardaki kadın erkek oranına bakıldığında ise, kadınlarda erkeklere göre yeme tutum ve davranışlarında bozulmanın daha sık görüldüğü gözlenmektedir (79, 80). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada; kadınların tıknırcasına yeme, kendisini aç bırakma, aşırı kilo kontrolü, yemekten kaçınma ve kusma gibi yeme bozukluğunun oluşumuna doğru giden bozulmuş yeme tutumlarının, erkeklere oranla daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur (81). Yeme davranışlarının cinsiyet kapsamında değerlendirilmesinde, kadınlarda daha yüksek oranda olumsuz yeme tutumları bulunduğu belirtilmektedir (82, 83, 84, 85, 86). Yemek bozukluklarının hem erkeklerde hem de kadınlarda görülme olasılığı vardır. Fakat kadınlarda yeme bozukluklarına rastlama olasılığı daha yüksektir. Her 10 kadına karşı 1 erkekte yeme bozukluğu görüldüğü düşünülmektedir (46). Geniş bir örnekleme (1022

kadın, 956 erkek öğrenci) 1990 yılında yapılan çalışmada kadınlarda AN yaygınlığı %0,2, erkeklerde %0,1; kadınlarda BN yaygınlığı %4,31, erkeklerde %0,63 olarak bulunmuştur (87).

Yeme bozuklukları özellikle ergenler ve gençler arasında çağ ilerledikçe artan ve ciddi sorunlara yol açabilen bozukluktur. Yeme bozukluklarının giderek daha erken yaşlarda görülüyor olması nedeniyle ergenler üzerinde son yıllarda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Yaşları 14-15 aralığında olan 1960 ergen üzerinde yapılmış bir araştırmada bu yaş grubunda yer alan kızların herhangi bir yeme bozukluğu geliştirme oranı %17,9 olarak belirlenmiştir (47). Yeme bozukluğu riski fazla olan başka bir grupta üniversite öğrencileridir. Üniversite yaşamına giren gencin hayatında köklü değişimler meydana gelir. Aile hayatından uzak başka bir sosyal çevre oluşturan ekonomik olarak sorumluluğu artan bireyler bu değişimlere ayak uyduramayınca yalnızlaşır ve bireyde yeme bozukluğu meydana gelir (88). Türkiye’de Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1144 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada olası yeme bozukluğu sıklığı %13,7 olarak saptanmıştır ve üniversite öğrencileri için yeme bozukluğu riskinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca erkek öğrencilerde kadınlara göre yeme bozukluğu bulunma riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır (35). Üniversitede 951 öğrenci üzerinde, 2006 yılında yapılan bir araştırmada ise öğrencilerin %2,2’sinde yeme bozukluğuna rastlanmıştır (70). Sadece kadın üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada ise, katılımcıların %17,1’inin yeme tutumlarında bozulmalar olduğu tespit edilmiştir (89). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada cinsiyete göre yeme bozukluğu riski değerlendirildiğinde kadınların %25,7’sinin, erkeklerin ise %20,4’ünün yüksek risk grubunda olduğu belirtilmiştir (90). Bu bağlamda bir bireyin yaşamı boyunca yeme bozukluğuna yakalanma riski ise %22,8 olarak değerlendirilmiştir. Bir başka çalışmada üniversite öğrencisi kadın katılımcıların %12’sinde anormal yeme tutumlarına rastlanmıştır (91). Yeme bozuklukları epidemiyolojisine ait oranlar yapılan çalışmalarda farklılık gösterse de çalışmaların ortak yönü yeme bozukluklarının/yeme tutumundaki bozulmaların genç popülasyonda yaygın bir şekilde görülmesidir.

Çalışmalardaki oranlara bakıldığında elde edilen bulguların batılı ülkeler ile doğudaki toplumların bulgularının benzer olduğu sonucu çıkarılabilir. Küreselleşen dünyada yeme bozuklukları üzerinden bir değerlendirme yapmak gerekirse, Doğu toplumları ile Batı toplumları arasındaki ya da gelişmiş ve az gelişmiş toplumlar arasındaki sayısal farkların ortadan kalktığı düşünülebilir. Bu ortaklaşmanın yanı sıra araştırmalarda çalışılan grubun genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemine denk geliyor olması

yukarıda da belirtildiği gibi yeme bozukluklarının başlangıç yaşının düşük olması ile ilgilidir. Bu bilgiler ışığında bu tezde de genç yetişkin bireylerle çalışılmıştır.

2.1.3. Yeme Tutumu Bozuklukları Tanısı ve Sınıflandırılması

Son yıllarda yeme bozuklukları giderek önem kazanmıştır. Veriler son otuz yıl içerisinde AN hastalarının %25'inin hayatını kaybetmekte olduğunu, %25'inin düşük ağırlıkla yaşamına devam ettiğini, %40'ının iyileştiğini ve geri kalanının da sağlıklı bir şekilde yaşamına devam ettiğini göstermektedir (44). Yeme Bozuklukları, DSM-IV tanı ölçütleri el kitabında üç ana başlıkta sınıflandırılmıştır: AN, BN ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları. Ancak Mayıs 2013'te çıkan DSM-V'te birçok tanı grubunda olduğu gibi yeme bozukluklarında da birtakım değişiklikler olmuştur. DSM-V'te yeme bozukluklarına ilişkin tanı grubunun adı "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak değiştirilmiş, yelpazesi genişletilmiş ve sekiz ana başlıkta sınıflandırılmıştır: pika (çocuklarda ve yetişkinlerde), geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza (kısıtlayıcı tür, tıkanırcasına yeme/çıkarma türü), bulimia nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu (92).

Anoreksiya Nervoza (AN) : AN fizyolojik, psikolojik, davranışsal değişiklikler gösteren patolojik bir şişmanlama korkusu ile sürekli olarak zayıflama isteğiyle karakterize bir yeme bozukluğu alt grubudur (93). Anoreksiya terimi iştah kaybına nervoza ise duygusal nedenlere işaret etmektedir (71). Tanı ölçütleri arasında beden ağırlığının beklenen en az kiloda tutma veya üzerinde tutmaya karşı reddetme ya da belli bir büyüme dönemi boyunca beklenen kilonun alınamaması yer almaktadır (94). AN'li hastalar düşük beden ağırlıklarına rağmen kendilerini kilolu hissederler. Bu algıları değiştirmek oldukça zordur, bu nedenle kişi üzerindeki hasarı oldukça ciddidir ve ileri aşamaları ölümcüldür.

AN sahibi bireylerde temel olarak bağımsızlaşmayı ve erişkin olmayı reddetme davranışı bulunmaktadır. Bu sebeple de ergenlik döneminde çıktığı düşünülmektedir (95). Öncelikli olarak ergenlik döneminde kızlarda ortaya çıkan AN, bireylerin vücutlarıyla ilgili algılarının bozulmasıyla birlikte yemek kısıtlamalarına gitmelerine ve şişmanlık korkusu sebebiyle aşırı kilo kaybı yaşamalarına sebep olmaktadır (92). AN tanımı gereği bireyin normal vücut ağırlığında kalmayı reddederek aşırı kilo verme uğraşı göstermesi, kilosuna dair aşırı endişe duyması ve vücut algısında bozulmalar olması ile karakterize olmuş bir rahatsızlık olarak ifade edilmektedir (95).

DSM-V'e göre AN tanı kriterleri Tablo 1'de verilmektedir (99). APA'nın

(Amerikan Psikoloji Derneği) sınıflama sistemine göre AN tanısı koyabilmek için şişmanlama korkusu ve zayıf bir bedene sahip olma isteği sonucu davranış ve yeme tutumlarında değişiklik görülmesi gerekmektedir. Başlama yaşı 14-18 arasında olan bu rahatsızlık genellikle kadınlarda ve hatta genç kızlarda görülmektedir. Ergenlik sürecinde başladığı bilinen AN'nın görülen yaş aralığı 10-29 olarak belirtilmektedir. Popülasyon içinde Batı ülkelerinde yaygın olan bu rahatsızlığın Türkiye'de de yaygın olarak, %0,1-1 şeklinde görüldüğü araştırmalarla belirtilmiştir (70, 89).

Tablo 1. Anoreksiya Nervoza'nın DSM-V'e göre tanı kriterleri(DSM-V, 2013)

A. Gereksinimlere göre kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır. B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kişinin, kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunması. C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algılandığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz. Anoreksiya Nervoza için ICD-9-CM kodu 307.1'dir ve göz önünde bulundurulmadan bu kod kullanılır. ICD-10-CM kodu alt türüne göre değişir: (F50.01) Kısıtlayıcı tip: Kişinin son üç ay içerisinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. Kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümelerini tanımlar. (F50.02) Tıknırcasına yeme/çıkarma türü: Kişinin son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. Kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur. Tam olmayan yatışma göstermeyen: Anoreksiya nevroza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır, ancak B tanı ölçütü (kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da kilo almayı güçleştirici davranışlarda bulunma) ya da C tanı ölçütü (vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili kendilik algısı bozuklukları) yine karşılanmaktadır.
--

Tablo 1. Anoreksiya Nervoz'a'nın DSM-V'e göre tanı kriterleri(DSM-V, 2013)(devam)

O sıradaki ağırlığı belirtiniz: Ağırlığın en düşük düzeyi, erişkinler için, o sıradaki BKİ'ne göre, çocuklar ve gençler için ise BKİ yüzdebirliğine (persentiline) göre belirlenir. Aşağıdaki değer aralıkları, erişkinler için DSÖ zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için bunlara karşılık gelen BKİ yüzdebirlikleri kullanılmalıdır. Klinik belirtileri, işlevsel yetersizliğin derecesini ve gözetim altında tutulma gereğini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.	
Ağır olmayan: BKİ> 17 kg/m ²	Orta derecede: BKİ: 16-16.99 kg/m ²
Ağır: BKİ: 15-15.99 kg/m ²	Aşırı Düzeyde: BKİ< 15 kg/m ² kg/m ²

Bulimia Nervoz'a (BN): Tarihsel süreçte genellikle AN üzerinde durulduğundan BN'nın tanımlanması yakın tarihte gerçekleşmiştir (63). BN tıkanırçasına yeme nöbetlerini içeren bir seyir izlemektedir. Kişinin kilo ile zihinsel uğraşı bulunmaktadır ancak AN'de olduğu gibi düşük beden ağırlığı söz konusu değildir. Bunun yerini kontrolsüz bir biçimde yemek yeme ve sonrasına eşlik eden suçluluk, kendinden iğrenme ve depresif duygulanım ile birlikte uygun olmayan telafi davranışları almıştır. Uygun olmayan telafi davranışları; kusma, laksatif kullanımı, aşırı egzersiz gibi davranışlardır. Genel olarak BN bir anda çok fazla miktarda yiyecek tükettikten sonra kilo almamak için telafi davranışı gösterme olarak ifade edilebilmektedir (96).

DSM-V'e göre BN, bireylerin yeme davranışları üzerinde kontrol sağlayamaması sonucu aşırı yemek yemelerini telafi etmek, kilo almamak için kusma, laksatif kullanma, diüretik ve lavman gibi telafi edici davranışlara yönelme olarak ifade edilebilmektedir. Saplantılı hale gelen bu davranışlara sahip bireyler vücut şekillerinden, ağırlıklarından ve görünüşlerinden memnun olamamaktadırlar. BN'nın tanı kriterleri Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu'nun beşinci baskısına göre Tablo 2'de verilmektedir (92). APA'nın (Amerikan Psikoloji Derneği) sınıflama sistemine göre BN tanısı koyabilmek için tablodaki belirtilerin olmaları gerekmektedir.

Tablo 2.Bulimiya Nervoza'nın DSM-V'e göre tanı kriterleri(DSM-V, 2013)

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdaki her ikisi ile belirlidir.

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

Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyememe duygusu)

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz önleyici davranışlarda bulunma.

C. Tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada iki kez olmuştur.

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

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hepsi olmasa da bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

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

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre belirlenir. Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir,

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması

Aşırı Düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranışın olması

Kilo durumu AN ile BN arasındaki en belirgin fark olarak ifade edilmektedir. BN sahibi bireyler kilo kaybetmezlerken AN tanısı alan bireyler aşırı kilo kaybetmektedirler. Vücut şekilleri ve ağırlıkları BN tanısı alan bireylerde, özgüveni ve benlik değerlendirmesini çok fazla etkilemektedir. AN tanısı alan bireylerde ise kilo alma korkusu, kilo verme isteği ve bedenlerinden memnun olmama gibi semptomlar

görülmektedir. AN ve BN tanısı alan bireylere göre zayıf olma arzusunun psikolojik unsur olduğu ve davranışlarını kilo kaybetmeyi üzerine kuruluması ortak olarak görülmektedir. BN, diyet yaparken veya diyetle başlarken ortaya çıkabilmekte ve geç ergenlik ile erken yetişkinlik döneminde görülebilmektedir. BN tanısı alan bireyler medyadan, çevrelerindeki insanlardan ve arkadaşlarından etkilenecek kendilerini kusturma davranışı gösterebilmektedirler. Bununla beraber laksatif ve idrar söktürücü ilaçlarla aldıkları fazla kalorilerden kurtulmaya çalışmaktadırlar. Bu durum vücuttaki sıvıların dışarı atılarak kilo kaybedilmesine yol açmaktadır (97).

Bireylerin vücutlarına aldıkları besin maddelerinin sınırlı olması ve beden algıları BN ve AN'nın ortak özellikleri olarak görülmektedirler. AN sahibi bireylerin tıknırcasına beslenme belirtileri göstermemeleri BN ve AN arasında en temel fark olarak bilinmektedir. BN sahibi bireyler tıknırcasına beslenme davranışı gösterdikten sonra vücutlarına besin alımını kısıtlayarak bunu bir döngü haline getirmektedirler. BN ve AN sahibi bireylerin hepsi kilolarının dikkat çekici olmadığını düşünmektedirler. AN sahibi bireyler bedenleri üzerinde kontrol sahibiyken BN sahibi bireyler yemek yeme kontrollerini kaybettikleri için utanç ve kaygı duymaktadırlar (98). Yapılan başka bir araştırmaya göre, BN sahibi bireylerin büyük çoğunluğu kız olmasına rağmen kızlardaki yaygınlığı ise %1 oranında olmaktadır (46). BN sahibi bireylerin çoğu bu rahatsızlıktan önce kilolu olmaktadır. Diyet döneminde tıknırcasına yemek yeme atakları başlamaktadır (96).

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (TYB): İlk kez 1959 yılında Stunkard tarafından “aşırı yeme semptomları” olarak tanımlanan tıknırcasına yeme bozukluğu, DSM-V'in bir önceki güncellemesi olan DSM-IV'den farklı olarak artık “Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu” kategorisinden ayrı bir başlık altında incelenmektedir (99). Yaşları 18 ile 65 arasında değişen 162 birey üzerinde yapılan bir araştırmaya göre bu bireylerin %3,7'sinde TYB olduğu saptanmıştır. Geri kalan %96,3'ünde tıknırcasına yeme bozukluğu görülmemiştir (100). TYB'nun popülasyonda görülme sıklığı, DSÖ'nün yaptığı geniş çaplı bir araştırma tarafından %1,4 oranında bulunmuştur. Bu oran BN'nın görülme sıklığından %0,8 kadar daha fazladır (101). TYB'nun kızlarda %3,5, erkeklerde ise %2 oranında yaygın olduğu saptanmıştır (96).

TYB'nun, DSM-V'e göre tanı kriterleri Tablo 3'te gösterilmektedir. Genel olarak TYB, tekrar eden tıknıma dönemleri, bu dönemlerde oluşan kontrol kaybı, tıknımanın meydana getirdiği kaygı, hızlı ve yalnız yeme gibi özelliklere sahip bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (96).

Tablo 3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun DSM-V'e göre tanı kriterleri(DSM-V, 2013).

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

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. Herhangi iki saatlik sürede) yeme
2. Bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyememe duygusu)

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

1. Olağandan daha çok daha hızlı yeme
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçüde yeme
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme
5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma

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

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

E. Tıkınırcasına yemeye bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Tıkınırcasına aşırı yeme için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hepsi olmasa da bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

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

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi uygunsuz tıkınırcasına aşırı yeme sıklığına göre belirlenir. Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir,

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz tıkınırcasına yeme olması

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz tıkınırcasına yeme olması

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz tıkınırcasına yeme olması

Aşırı Düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez tıkınırcasına yeme olması

BN ile TYB'nun ikisinde de tıknırcasına yeme atakları görülmektedir. Aralarındaki temel fark ise BN sahibi bireylerde görülen tıknırcasına yeme atağını telafi etme davranışı, TYB sahibi bireylerde görülmemektedir (92).

Pika: Bir aylık bir süre diliminde sürekli olarak besleyici veya herhangi bir besin değeri olmayan maddeleri yeme davranışı görülmektedir. Bu yeme davranışı bireyin gelişimsel düzeyi ve toplumsal değerleriyle açıklanamayacak ya da başka bir ruhsal sorunla ilişkili ortaya çıkıyorsa dahi ayrıca değerlendirme gerektirecek kadar ağır olmalıdır (92).

Geri Çıkarma Geviş Getirme Bozukluğu: En az bir aylık bir süre diliminde besinin tekrar çiğnenme, tekrar yutulma veya tükürülmesi ile görülmektedir. Bir mide-bağırsak rahatsızlığı veya farklı sağlık sorunu ve AN veya BN eşliğinde ortaya çıkmamalıdır. Başka bir nörogelişimsel bozukluk veya ruhsal sorun eşliğinde oluşuyorsa ayrıca değerlendirilecek kadar ağır olmalıdır (92).

Kaçınan Kısıtlayıcı Yiyecek Alımı Bozukluğu: Yemek yemeye ya da besinlere karşı olan açık bir ilgisizlik, yiyeceğin duysal niteliklerine dayalı kaçınma, yeme sonrasında oluşabilecek negatif durumlara karşı bir endişe durumunun var olması gibi özellikleri barındıran, kişinin gerekli beslenme ya da enerji alma gereksinimlerini engelleyen bir türdür. Kilosunda ciddi derecede bir azalma olması, önemli derecede beslenme eksikliği, tüp yardımıyla beslenme ya da oral ek destekleyicilere bağımlı kalma, işlevsellikte anlamlı derecede azalma gibi maddelerden en az birisiyle bağlantılı olmaktadır. Besin bulamama veya kültür tarafından olağan karşılanan bilgiler ile açıklanamaması, AN ya da BN ile ortaya çıkmaması, vücut algısına dair bir bozuklukla görülmemesi ve başka bir sağlık sorunu ya da ruhsal sorun eşliğinde görülüyorsa dahi ayrıca değerlendirilecek kadar ağır olması gerekmektedir (92).

Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu: Bu yeme bozukluğu türünde değişik tür (atipik) anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ya da sınırlı süreli), tıknırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ya da sınırlı süreli), çıkarma bozukluğu, gece yemek yeme bozukluğu gibi alt başlıklar bulunmaktadır (92).

Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu: Herhangi beslenme ve yeme bozukluğu alt grubuyla açıklanamamasına rağmen, bu alana ait önemli niteliklerin görüldüğü ve işlevsellikte düşmeye sebep olan bir yeme bozukluğu türüdür (92).

2.1.4. Yeme Tutumu Bozuklukları Etyolojisi

Yeme bozukluklarının oluşumunda belirli tek bir neden olmamakla beraber, birçok

faktörün birbiriyle kompleks etkileşimi ile ortaya çıkabilen bir rahatsızlık olduğu bildirilmektedir. Yeme bozukluklarına fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok etken neden olabilmektedir ve aynı zamanda kişilik özellikleri, aile dinamikleri, biyolojik yatkınlıklar, bilişsel durumlar ve sosyokültürel baskılar gibi faktörler de önemli rol sahibi olmaktadır (102). Bir araştırmada psikolojik ya da biyolojik açıdan eğilimli olma, aile etkisi, çevresel etkiler gibi durumların yeme bozukluklarını etkilediği görülmüştür (103). Her bireyde yeme bozukluğuna sebebiyet veren etkenin belirlenmesi kaynağını açıklayabilmek için oldukça önemlidir. Yeme bozukluğunun oluşumunda birden fazla faktörün etkili olduğu ve bu faktörlerin sosyal ve çevresel, psikolojik, genetik ve biyolojik etkenlerin etkileşimiyle oluştuğu ifade edilmektedir (104).

Son yıllarda yapılan araştırmalar medya, akran etkisi gibi sosyo-kültürel faktörlerin; eleştiri alma, olumsuzlama gibi ailevi faktörlerin; olumsuz duygudurumu, düşük benlik saygısı, beden algısında bozulmalar gibi bireysel faktörlerin yeme bozukluklarını açıklamada etkili olduğunu göstermiştir (78).

Genetik Faktörler: Yeme bozuklukları etiyojisi birçok patoloji grubu gibi kompleks bir yapıdadır. Yeme bozukluklarının nedenlerine dair ortaya konulan ilk görüşler ağırlıklı olarak sosyo-kültürel, psikodinamik yönelimli görüşler olsa da günümüzde kalıtım ve biyoloji ile ilgili boyutu tartışılmaya başlanmıştır. Dolaylı yoldan genetik faktörlerin, yeme bozukluğu için risk faktörü olabileceği ifade edilmektedir. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile kişilik özelliklerinin genetik etkilerle çocuğa geçmesi yeme bozukluğu riskini artırabilmektedir (105).

Biyolojik olarak aynı kökenden olan bireylerde yeme bozukluğuna rastlanılma oranı daha fazla olmaktadır. Aile yapılarının ve aile bireyleri arasındaki geçişlerin araştırıldığı araştırmalarda çoğunlukla benzer bulgular ortaya konmuş ve yeme bozukluğu gösteren bireylerin ailelerinde yeme bozukluğu görülme ihtimalinin arttığı bulgulanmıştır (71, 106). Detaylı bir aile araştırmasında AN yaşayan bireylerin biyolojik akrabalarında bu hastalığa yakalanma riskinin, yeme bozukluğu olmayan kontrol kümesindeki bireylerin akrabalarına göre %11,4 daha fazla olduğu saptanmıştır (107). Başka bir çalışmada AN tanısı almış hastaların ailelerinde yeme bozukluğu görülme olasılığının 10 kata kadar arttığı tespit edilmiştir (108). Bu bulgularla birlikte bilim insanları yeme bozukluklarında genetik kodlanmaların önemini de araştırmışlardır. Yapılan bir araştırmada en az bir akrabası yeme bozukluğu tanısı almış 192 ailenin gen yapıları incelenmiş, 1.kromozomda AN'ya duyarlı bir gen bulunmuştur (109).

Ailede genetik olarak yeme bozukluklarının aktarılması konusunda olan

araştırmalardan birinde, ikizlerin tek yumurta olanlarında aynı hastalığı taşıma durumu %29-50 olarak bulunmuştur. Çift yumurta ikizlerinde ise aynı hastalığı taşıma durumu görülmemiştir (110). İkizler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre eş tanılanma riskinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (94).

AN'yı anlamak için genetik, beyin, tanı kriterleri, aile yapısı gibi 11 değişkenin ele alındığı bir makalede özellikle serotonin düzeyindeki anormalliklerin kilo kontrolü, açlık, tokluk gibi mekanizmalar üzerinde etkili olabileceği, bunun da genetik kodlanma ile ilgili olabileceği ortaya konmuştur (111).

Yeme bozukluklarının biyolojik yönü ile ilgilenen bir araştırmada doğum öncesi faktörlerin yeme bozukluklarıyla ilişkisi incelenmiştir. Bu araştırma bulgularına göre doğum komplikasyonları, yeme bozukluklarının gelişmesinde risk faktörlerinden bir tanesidir (112). Bu bulgular ışığında yeme bozukluklarının nörogelişimsel bir boyutu olduğu da düşünülebilir.

Yeme bozuklukları ile biyolojik bulgular ortaya konsa da birçok veri tekrarlanamamıştır (61). Yeme bozukluklarını etkileyebilecek biyolojik mekanizmalara dair araştırmalar devam etmektedir.

Sosyokültürel Etkenler: Beden algısı kişinin kendi bedenini nasıl algıladığı ile ilgili bir süreçtir. Bir de kişilerin hayalini kurdukları yani idealde sahip olmak istedikleri "beden imgeleri" vardır. Beden algıları ve beden imgelerinin oluşumunda aile, akran, medya gibi faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra toplumun zayıflık-şişmanlığa ya da güzelliğe verdiği anlam da bireylerin algılarını etkilemektedir. Ergenler üzerinde yapılan araştırmalarda, yeme bozukluklarının öncelikli yordayıcısının aile ve akran ilişkileri olduğu, ikincil olarak öncelikli olanın ise medya olduğu belirtilmektedir (113).

Toplumsal çevrenin zayıflığa ilişkin görüşü, yeme bozukluklarının oluşumunu etkileyen önemli bir faktördür (113). Yapılan araştırmada batı ülkelerindeki kızların daha ince bedene sahip olma konusunda çevresel baskıyı daha fazla hissettiği belirlenmiştir. Baskıların fazla olması düşünce sistemini olumsuz etkileyerek, yeme bozukluğu için bir risk faktörü oluşturmaktadır (114).

Zamanla yeme bozuklukları üzerinde sosyokültürel etkilerin gücü artmıştır. Medya, aile ve akranlar bu etkinin temel kaynakları haline gelmiştir. Örneğin araştırmalar "zayıflık" algısının yaratılmasında medyanın önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir (115, 116). Beden algısındaki bozulmalar ve olumsuz duygulanım üzerinde sosyal baskının etkisinin incelendiği deneysel araştırmada sosyal baskının kadınların beden algılarında

bozulmalara yol açabildiğini ancak olumsuz duygulanıma kaynaklık etmediğini tespit etmişlerdir (116). Kadının toplumsal hayata daha fazla dahil olmasıyla birlikte kadınlarca model alınan bir "süper kadın" imajının olduğu düşünülmektedir (108). Bu imaj gereği kadınlardan iyi bir kariyer sahibi olması, iyi bir eş olması, iyi bir anne olması, iyi bir fiziksel görünüme sahip olması kısacası her anlamda yeterli ve mükemmel bir yapıda olması beklenmektedir. Bu da kadının üzerinde psikososyal bir baskı oluşturmaktadır. Yeme bozukluğu gösteren kadınlar bu baskıyı hissetmekte ve şişmanlık-zayıflık ikileminden çok güçlü/mükemmel olmaya dair bir mücadele vermektedirler (117). Yapılan araştırmalarda da bu imajı benimseyen kadınlarda yeme bozukluğu görülme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (118).

Etiyoloji araştırmalarında cevaplanamayan sorulardan biri, kadınların tümünün önem gösterilen sosyokültürel etkinin altında olmasına rağmen neden hepsinde bu rahatsızlığın ortaya çıkmadığı olmaktadır. Psikolojik ve sosyokültürel etkilerin beraberinde yapısal eğilimle ilişkili biyolojik faktörlerin araştırılması artmıştır. Yapısal görüntüleme teknikleri ve işlevsel beyin görüntüleme yöntemlerinde yapılan çalışmalar son 20 yılda etiyojide biyolojik alt yapı ile ilgili önemli bilgiler vermektedir (119).

Toplumun kadın bedenine dönük algılarını belirlemede medyanın rolü büyüktür. Bu rolü incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada, içeriğinde diyet yapma/kilo vermeye ilişkin yazılar bulunan dergileri okuyan ergenlerle çalışılmıştır. Bu araştırma bulgularına göre, gençlerin etnik ve sosyal alt yapısına bakılmaksızın sağlıksız diyet yapma alışkanlığının ve psikososyal stres kaynaklarının temelinde medya bulunmuştur (120). Kültürden kültüre yeme bozukluklarının sıklığıyla ilişkili farklılıkların bulunması bu konunun etiyoloji açısından önemli görülmesine sebep olmaktadır. Üniversitede öğrenim görmeye devam eden Ugandalı ve İngiliz bireyler aşırı zayıftan aşırı kiloluya doğru uzanan çıplak kadın resimlerini ne kadar cazip bulduklarını değerlendirmişlerdir ve sonucunda Ugandalı bireylerin diğerlerine göre kilolu olan çıplak kadın resimlerini daha cazip bulduğu sonucuna ulaşmıştır (121).

Yeme tutum bozukluğuna yol açan risk faktörlerinin tespitine yönelik yapılan araştırmada özgüven düşüklüğünün, yeme tutum bozukluğunu anlamlı düzeyde yordadığı ve önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (122).

Yeme bozukluklarının ağırlıklı olarak kadınlar arasında yaygın olmasının ve yapılan araştırmalarda kadınlarda oranların daha yüksek çıkıyor olmasının yukarıda bahsedilen "mükemmel kadın" imajı ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Bu durum da yeme bozuklukları üzerinde sosyo-kültürel yapının etkililiğini göstermektedir.

Ailesel Faktörler: Yeme bozukluğunun oluşumunda aile ilişkilerinin önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir ve yeme bozukluğu tanısı alanların yaşam öykülerinin birçoğunda aile ilişkilerinde sorun olduğu görülmektedir. Çocuklarına karşı aşırı koruyucu ve mükemmeliyetçi tutum benimseyen, çocuklarıyla ilişkisinde mesafeli davranan ve duygusal açıdan çocuğundan uzak olan ebeveynlerin çocuklarında yeme davranışları olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Bazı ebeveynler ise çocuklarına karşı yüksek beklenti içerisinde girmekte bu durum beklentileri karşılayabilmek için olumsuz davranışlar sergilenmesine ve yeme tutumunda bozulmalara yol açabilmektedir (48).

Yapılan araştırmada mükemmeliyetçi tutum ile çocuklardaki yeme bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Özellikle AN ve BN oluşumunda mükemmeliyetçi ebeveyn tutumunun etkili olduğu ifade edilmektedir (123).

Ailenin beslenme alışkanlığı çocuklardaki yeme tutumunu etkileyen önemli bir faktördür. Özellikle öğün sayısı az olan ailelerin çocuklarında yeme bozukluklarının daha fazla gözlemlendiği bildirilmektedir (124).

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde aile ilişkileri önemli bir yer kapsamaktadır. Yeme bozukluklarının kaynağına inildiğinde birçok defa aile ilişkileri nedenler arasında bulunmuştur (48). Yeme bozukluğu bulunan ergenlerin aile yapılarının aşırı korumacı, düşkün, herhangi bir problem karşısında çözüm geliştiremeyen ve katı özellikler gösterdiği görülmektedir (125). Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre yeme bozukluğu bulunan bireylerde kontrol grubundan farklı olarak, aile ilişkilerinde yakınlık ve destek az olarak gözlemlenmiş ve daha fazla izolasyona rastlanmıştır (57). Yapılan bir başka araştırmada ise yeme tutum bozukluğu olan bireylerin olumsuz anne baba tutumu ile sosyal yalıtılmışlık şemasıyla ilişki içerisinde olduğu tespit edilmiştir (126). Yeme bozukluğunun risk faktörlerinin tespiti için yapılan çalışmada yeme tutumu ile aile özellikleri incelenmiştir. İnceleme sonucunda yeme tutum bozukluğu olan katılımcıların ailesi tarafından eleştirildiği, sevgi eksikliği olduğu, yasaklamaların fazla olduğu ve sıklıkla cezaya başvurulduğu belirlenmiştir (127). Yeme tutumu ile aile işlevselliğinin belirlenen değişkenlerle ilişkisinin incelendiği araştırmada benlik saygısının düşük olması, ailenin baskıcı olması ve sosyal desteğin düşük düzeyde olmasının yeme tutumunu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (128).

Aile işlevselliğinin etkisini gösteren araştırmalar olmakla birlikte aile işlevselliğindeki aksamalar tek başına yeme bozukluklarını açıklama konusunda yeterli değildir. Sosyo-kültürel etkilerde de söz edildiği gibi yeme bozuklukları üzerinde medyanın ya da akran ilişkilerinin aile işlevselliğinden daha fazla etkisinin olduğunu

gösteren çalışmalar ve yorumlar da mevcuttur. Bu nedenle bu patoloji grubunu anlamaya çalışırken birçok yapı incelenmeli ve oluşturulacak sağaltım yöntemleri de bu zemin üzerine oluşturulmalıdır.

Beden Biçimi: Bireylerin kilosuyla alakalı takıntılarının olması yeme bozukluğu için risk oluşturabilmektedir. Zayıf olma kaygısı yaşayan model, oyuncu ve dansçı gibi meslek grubundaki bireylerin mesleği boksör, vücut geliştirmeci ve dövüş sanatları olanlara göre yeme bozukluğu görülme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (129).

Üniversite öğrencileriyle yürütülen araştırmada beden kitle indeksine göre şişman olanların zayıf ve normal kiloda olanlara göre yeme tutumlarının daha bozuk olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bir diğer bulguya göre ise ortoreksiya nevroza ile yeme tutum bozukluğu arasında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir (130). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada cinsiyet değişkenine göre beslenme tutumlarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin beden memnuniyeti ile sağlıklı beslenme düşüncesi arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bir diğer sonuca göre ise dış görünüşten memnun olma düzeyi arttıkça, sağlıklı beslenmeye yönelik gıdaların daha fazla tüketildiği belirlenmiştir (131). Yaşları 12-23 arasındaki kızlarla yürütülen çalışmada katılımcıların yeme tutum bozukluğu arttıkça, bedenlerinden memnun olma düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca fiziki çekicilik, başarı ve mutluluk düzeyinin beden memnuniyeti ile yeme tutum bozukluğunu etkilemede önemli değişkenler olduğu saptanmıştır (132).

Bedenin ince olmasına yoğun değer veren her toplulukta yeme bozukluğu gözlemlenmemektedir. Eğer durum böyle olsaydı bu sorunu günümüzde çok daha fazla kişinin yaşaması beklenebilirdi. Bu rahatsızlığa eğilimi fazlalaştıran farklı faktörlerde bulunmaktadır. Biyolojik ve psikolojik durumlar bu faktörler arasında gösterilmektedir. Gen-çevre ilişkisi kapsamında, bireyleri farklılaştıran bazı nitelikler (mükemmeliyetçilik, obsesif olma, endişe gibi) çevresel dayatmalara bireylerin sorunlar ile kendini göstermesi yatkınlığını artırmaktadır (107).

2.1.5. Yeme Tutumu Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Komorbiditeler

Yeme bozukluklarına eşlik eden tanıların belirlenmesi yeme bozukluklarının şiddetini anlayabilmek, tedavide nasıl bir yol izleneceğini belirlemek açısından oldukça önemlidir. Yeme bozuklukları ile beraber en fazla görülen tanı %40-45 oranında depresyon olmaktadır. Hayat boyu prevalansı ise %68 olarak görülmektedir (72). Bir araştırmanın sonuçlarına göre duygudurum bozukluklarının eştanı olarak görülme oranı AN'da %40,

BN'da %70 ve TYB olanlarda %45 olarak saptanmıştır (133).

İkinci sırada en fazla eşlik eden tanının anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmektedir. Anksiyete bozuklukları, %60 oranının üzerinde yeme bozukluklarına eşlik etmekle beraber, agorofobi ve panik bozukluğun bu rahatsızlıktan daha evvel olduğu görülmektedir (72). Sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu tanısına yaygın olarak eşlik etmekle beraber, yeme bozukluğu obsesif kompulsif bozukluk olarak tanınması da teklif edilmiştir (72).

Yeme bozukluğu taşıyan bireylerde yaygın olarak kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde kullanımı ve kendine zarar verme davranışları eş tanı olarak görülmektedir (134).

Bir araştırmanın sonuçlarına göre yeme bozukluğu semptomları ile beraber obsesif semptomların kuvvetli bir ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Obsesif belirtiler rahatsızlığın semptomlarının en kuvvetli olan yordayıcısıdır. Bunu takiben ikinci sırada beden kitle indeksi yer almaktadır (5).

2.1.6. Yeme Tutumu Bozukluğu Tedavisi

Yeme bozukluklarında ölüm riskinin bulunması haricinde, vücutta bulunan dengeleri bozarak kişinin sağlığına zarar vermektedir. Bunlar kalpte ritim problemleri, birden bire gerçekleşen kalp durmaları, çıkarma davranışının yemek borusuna verdiği zararlar, regl olmama, anemi, kemiklerde erime gibi problemlerdir (135). Yeme bozukluklarının oldukça ciddi bir rahatsızlık olduğu bilinmekle beraber birçok elden yürütülmesi gereken bir tedavi şekli bulunmaktadır. Yeme bozuklukları tedavisinin tam bir takım çalışması halinde olması gerekmektedir (136). Tedavi; psikologlar, diyetisyenler, psikiyatrist, endokrinolog, jinekolog, gastroenterolog ve pediatrist gibi çeşitli branşlardaki hekimlerin birlikte çalışmasıyla yürütülmelidir (137). Bu hastalık tanısı kolayca koyulabilen bir hastalık olmamakla birlikte tanı koyulduğunda birey bu hastalığı reddederse tedavi süresi uzar, bazen tedavinin başlanması da gerçekleşmeyebilir (138).

Bireye uygulanacak olan tedavi, ince ayrıntılar düşünülerek bulunmalı ve uygulanabilirliği en üst düzeyde olmalıdır. Bazı tedavi yöntemleri şu şekildedir;

- Hastanın ideal beden ağırlığına kavuşması ve bu ağırlığın devamlılığı sağlanmalıdır,
- Beden ağırlığının artışına engel olmak için kullanılan abartı uygulamaların tekrar edilmesi önlenmelidir,
- Bireyde yeme bozukluğunun işareti olan davranışlar belirlenip bunların sağlıklı

davranışlarla değiştirilmesi amaçlanmalı ve bu amaç doğrultusunda uygulamalar yapılmalıdır,

- Hastalığın getirmiş olduğu olumsuz fiziki etkiler iyileştirilmelidir,
- Yeme bozukluğuyla birlikte başka hastalıkların varlığı araştırılmalı ve tedavi edilmelidir,
- Bireyin hastalığını iyileştirmeli ve sonraki 5 yıl boyunca oluşabilecek sorunların olmasını engellemelidir (139).

Bu bireylerde yukarıda anlatılan tedavi yolları uygulanmış; fakat iyileşme gözlenmemişse yatarak tedavi edilmelidir. Yatarak tedavi döneminde esas amaç bireyin psikolojik tedavi ile beden algısındaki sıkıntıların sebebi bulunmalı ve bu sorunlar giderilmelidir. Bulunan sorunların halledilmemesi bireyin akut iyileşme sonrasında tekrar yeme bozukluğuna yakalanmasına neden olur (62).

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım: Yeme bozukluğunun tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım ilk olarak BN üzerinden geliştirilerek, diğer yeme bozukluklarına uyarlanmıştır (140). Bilişsel-davranışçı yaklaşımda tedavi aşamasında yeme bozukluğu ve fizyolojik duruma ilişkin psikoeğitim, davranışçı teknikler (düzenli yeme alışkanlığı kazanılması, uyarıların kontrolü, alternatif davranış örüntüleri geliştirme, problem çözme becerileri), bilişsel teknikler ve bunların bir arada kullanılmasıyla tedavinin sonlandırılmasını içermektedir (141, 142). Bilişsel-davranışçı yaklaşımın tedavi amacı düzenli yeme alışkanlığının kazandırılması, beden algısına yönelik çalışmalar ve telafi edici davranışların giderilmesiyle tekrarın önlenmesidir (143). Bu yaklaşımda ekip çalışması gereklidir. Hasta, terapist, psikiyatrist, diyetisyen ve diğer uzmanlar iletişim halindedir. Hem bireysel hem de grupla danışmada uygulanabilmektedir (141).

Psikodinamik Yaklaşım: Yeme bozukluklarında aktarım zorluğundan dolayı klasik psikanaliz hastaların sorununu açıklamada ihtiyaç duyulan psikanalitik kaynaklara ulaşmada kısıtlılık göstermekte ve hastanın tedaviye ilgisinin yeterince bulunmaması nedeniyle güçleşebilmektedir. Bunun yanında terapi tekniklerinden biri olan psikodinamik yaklaşım ciddi bir alan kapsamaktadır (144). Psikanalitik tedavi yöntemine göre yeme bozukluğu çalışılırken hastaların kendisine zarar veren davranışlarıyla yüzleştirilmesi, yaşadığı çatışma rolünün anlaşılması, negatif tranferansla çalışma ve empatik yaklaşımla kişisel gelişiminin sağlanmasını temel almaktadır (145).

Farmakoterapi: Yeme bozuklukları genelde depresyonla, obesesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozukluğu ile birlikte görüldüğünden, kullanılan antidepresanlar belirli düzeyde başarılı olmaktadır ve ilacın kullanılması kesildiğinde yüksek düzeyde

tekrarlamaktadır (71, 146). BN'nın tedavisinde SSRI antidepresanların en etkili ilaç grubu olduğu özellikle bulimik, depresyon ve anksiyetenin belirtilerinde azalmayı sağladığı bildirilmiştir. İlaç tedavisi kolay ulaşılabilir ve erişilebilirdir fakat tedavinin etkinliği konusunda hastaya yeterli gelmemektedir (146).

Beslenme Tedavisi: Beslenme danışmanlığı yeme bozukluğunun tedavisinde önemli bir oynasa da bu danışmanlık yıllarca devam edebilmektedir. Bu nedenle tedavinin adım adım ilerlemesi gerekir. İlk olarak hasta ile danışan arasında güven ilişkisi kurulması, hastanın beslenme değerlendirilmesinin yapılması ve danışmanlığa geçilmesi gerekmektedir. Ayrıca hedef kilonun belirlenerek, yeme planının oluşturulması ve beslenme eğitiminin verilmesi de beslenme tedavisinin içeriğini oluşturmaktadır (147).

Motivasyonel Terapiler: Yeme bozukluğunda özellikle AN'da hastalığın inkarı olduğu, tedaviye uyumun düşük olduğu ve direncin yüksek olduğu durumlar motivasyonel çalışmaların ortaya çıkmasında etkili olmuştur. Hastanın tedavi motivasyonunun düşük olduğu ya da tedaviyi reddettiği durumlarda motivasyonu artırmaya yönelik çalışmalar yapılabilmektedir (148). Bu terapinin amacı hastaların evresinin belirleyip, değişimin ileri evrelere taşınmasını sağlamaktır. Motivasyonel terapiler genel olarak haftada bir saat olmak üzere dört oturum sürmektedir. Hastanın yaşadığı mevcut durumun olumlu ve olumsuz yanları ile geleceğe yönelik senaryo oluşturma ve yeme bozukluğuna yönelik düşüncelerin alınmasını içermektedir (149). Hastayla gerçekleştirilen motivasyonel görüşmelerde hastanın değişime hazır olma düzeyinin artırılması hedeflenmektedir. Motivasyonel görüşmelerin bilişsel davranışçı terapi öncesinde uygulanması, hastanın değişime hazır olma düzeyini artırabilmekte böylelikle terapiyle elde edilen olumlu sonuçların korunmasını sağlayabilmektedir (143).

Kişilerarası Terapiler: Yeme bozukluklarında kişilerarası sorunların görülmesi ve bu sorunların hastalığın devam etmesinde önemli bir faktör olarak görülmesi sebebiyle hastalığın tedavi sürecinde kişilerarası terapi uygulamaları gerçekleşmektedir. Ayrıca kişilerarası terapiler depresyonun tedavisinde de etkili olmaktadır (150). Yeme bozukluğu ve depresyonun oluşumunda birden çok faktörün etkili olmasına rağmen, kişilerarası unsurların hastalığın gelişiminde ve süreklilik göstermesinde önemli bir faktör olduğu varsayılmıştır (151). Kişilerarası terapiler kısa sürelidir, standart bir terapi şeklidir ve kişilerarası problemleri, çekişmeleri, rol değişimlerini, eksiklikleri ve yaşamsal hedefleri değerlendirmektedir. Bu terapi türünde hedef direkt olarak yeme bozukluğu belirtilerinin ortadan kaldırılması değildir (150).

Aile Terapisi: Aile terapisi çocuk ve ergenlerdeki davranış bozuklukları, yeme

bozuklukları, madde bağımlılığı, şizofren ve anksiyete bozuluklarında sıklıkla kullanılabilir. Yeme bozukluklarında aile terapisinin ise belirgin bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (152). Yeme bozukluğunun tedavisinde ailenin işbirliğine ihtiyaç duyulması ve ailenin tutumundaki değişikliğin sağlanması için aileyle görüşmek zorundadır (110). Yeme bozukluğu yaşayan genç erişkinler ve ergenler genelde aileleri tarafından tedaviye getirilmektedir. Bu durum ailelerin tedaviye katılabileceğini göstermektedir. Aile içi problemlerin olması genel olarak tedaviyi olumsuz etkilerken, olumlu sonucun alınabilmesi içinde ailenin desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Aile terapisi sayesinde aile içi dinamiklerin daha iyi anlaşılması sağlanabilmektedir (74).

2.1.7. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumu Bozuklukları

Üniversite öğrencisi, genellikle 18-24 yaşlarını kapsayan, geç ergenlik döneminde bulunan gençtir. Mili Eğitim Bakanlığı'nın 2019 verilerine göre ülkemizde öğrenim gören üniversite öğrenci sayısı 7.740.502'dir (153). Gençlerin büyük çoğunluğuna ulaşılabilecek yerler olan üniversitelerde, erken tanılama, sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik yapılacak girişimler toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Üniversite yaşamı gençler için stres ve kaygı oluşturan bir ortamdır. Şehir değişikliği, aileden uzaklaşma, kaldığı ortam, yeni arkadaş çevresi, dersler ve sınavlar gençler için ayrı bir stres unsurudur. Kararlarını kendi kendine verme sorumluluğu gencin kaygı düzeyini daha da artırmaktadır. Bu nedenle zaman zaman kendisi için doğru olan kararı vermekte tereddüt yaşamakta ve riskli davranışlara yönelebilmektedir. Bu açıdan da bakıldığında, gençlere zamanında, doğru ve yerinde yönlendirmeler yapmak sağlık profesyonellerinin dikkate alması gereken bir husustur.

Üniversite öğrencileri, yaşamsal ve durumsal stresler, beslenme ve barınma olanaklarının elverişli olamaması nedeni ile hastalıklardan korunmalı ve tam iyilik halini sürdürebilmeleri için destek olunmalıdır. Bu nedenle beslenmenin yeterli ve vücut gereksinimlerine uygun olması önemlidir (154). Ancak gençleri etkileyen pek çok etmen nedeni ile bu dönem, yeme alışkanlıkları ve sağlıkla ilgili davranışların değiştiği, beslenmenin genç için çok önemli olmadığı ve tüketilen besin değerinin oldukça düşük olduğu bir dönemdir (155, 156).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan birçok çalışmada beslenme durumları ve davranışlarının pek çok etmen tarafından etkilendiği belirtilmiştir. Bunlar; ekonomik yetersizlikler, hastalıklar, emzicilik ve gebelik gibi özel durumlar, psikososyal ve sosyokültürel faktörler, yaşam tarzı, hareketsizlik veya aşırı fiziksel aktivite, gelenek

görenekler, kişisel inanç ve değer yargılarıdır. Ek olarak beslenmeyi etkileyen diğer faktörler, hızlı hazır (fast food) yiyecekleri tercih etme, beslenme konusunda ki yetersizlikler, beslenme alışkanlıkları, öğün sayısı, öğün atlama, sebze ve meyve tüketimlerinin yetersiz olması, yanlış ve bilinçsizce uygulanan diyetler, alkol, sigara ve madde kullanımı, anemi, şeker hastalığı gibi kronik hastalıklar olarak sıralanmaktadır (90). Gençler beslenme tarzlarının yanlış olduğunu bilirler ancak zamanı yetirememeye, akran etkisi, ekonomik koşullar ve beden bilincindeki çarpıklıklar nedeni ile yanlış olan tutumu sürdürmeye devam ederler. Gençlerin bu tutumu, toplumun ileriye yönelik sağlık durumu açısından sağlık profesyonellerini endişelendirmekte ve toplum sağlığı açısından büyük risk taşımaktadır.

Bu dönemde gençlerin ailelerinden bağımsız olarak yemek yeme alışkanlıkları ve tercihleri değişmektedir. Bulundukları yaş dönemi nedeni ile beden imajına özen göstermekte, buna rağmen yağ ve kalori bakımından zengin, fast-food beslenme ve fiziksel aktivitede ki azalma yaşamlarının bir parçası haline gelmektedir. Bunun sonucu olarak şişmanlığa bağlı oluşan beden imajındaki bozukluklar nedeni ile durumu kontrol etmek için uyguladıkları yanlış ve zararlı yöntemler, yeme bozukluklarına yakalanma riskini artırmaktadır.

Özellikle kız öğrencilerde daha fazla görülen vücut ağırlığındaki memnuniyetsizlik nedeni ile başvurdukları diyet yöntemleri ve yanlış beslenme alışkanlıkları sonucunda meydana gelen klinik düzeyde olan yeme bozuklukları ve klinik düzeyde olmayan yeme tutumu davranışları, üniversite döneminde daha da artarak ciddi sağlık sorunu oluşturmaktadır. Buna paralel olarak özellikle kız öğrencilerde AN ve BN görülme sıklığı artmaktadır. Ülkemizde AN ve BN ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada blumik yeme tutumu görülme oranı %4,8, anorektik yeme tutumu oranı %3,2 ve hem anorektik hem blumik yeme tutumu oranı %1,3, toplam yeme bozukluğu oranı ise %6,4 olarak bulunmuştur (157).

Gençlerde tanı konulamayacak düzeyde yanlış yeme davranışları ile karşılaşmaktadır. Bu açıdan bakıldığında tanı kriterlerine uymayan, ancak yeme bozukluklarının oluşumuna zemin hazırlayabilecek durumda olan hafif seyirli yeme bozukluklarının saptanması, koruyucu önlemlerin alınması, sağlığın korunması ve hastalıkların saptanması açısından önemlidir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada üniversiteli genç kızlarda yetersiz meyve ve sebze tüketiminden kaynaklanan çinko(Zn), potasyum(K), kalsiyum(Ca), demir(Fe), posa ve bazı B vitaminleri gibi besin öğelerinde eksiklikler belirlenmiştir. Bu eksikliklerin ergenlik döneminde genel olarak görülen kötü beslenme,

abur cubur fazlalığı ve yemek seçme gibi nedenlerle gelişebileceği düşünülse de araştırmada bu kızların günlük almaları gereken enerjinin yalnızca %45'ini tükettikleri tespit edilmiştir. Bu durum yeme bozukluğu göstergesi olarak önem kazanmaktadır (158).

Ülkemizde üniversite gençlerinin beslenme alışkanlıkları ile ilgili yapılan çalışmalarda, beslenme ile ilgili ciddi sorunların yaşandığı, öğünlere dikkat etmedikleri, başta kahvaltı olmak üzere öğünleri atladıkları, simit-çay gibi besinleri daha çok tükettikleri ve karın doyurmanın beslenme ile eş değer kabul edildiği bildirilmiştir (18,19). Yapılan birçok araştırmaya göre bu yaş döneminde kazanılan ve gençte yer eden beslenme alışkanlıkları sonraki yıllarda biyo-psiko-sosyal boyutta rahatsızlıklara sebep olmaktadır. Bu sorunların başında obezite, beslenme anemileri ve yeme davranışı bozuklukları gelmektedir (159).

Yeme davranışı ve alışkanlıkları zaman içerisinde normun dışına çıkan, belli dönemlerde ideal benlik algısının kilo üzerinde şekillendiği belli dönemlerde ise zayıflık üzerinde şekillendiği bir davranış biçimi haline gelmiştir (1). Bugün geline noktada yeme davranışları aşırı zayıflık, aşırı kilo, uygun olmayan telafi davranışları gibi sonuçlarla yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşmıştır. Yeme bozukluklarının son yıllarda üzerinde çalışılan önemli konulardan biri haline gelmesinin nedenlerinden biri de budur. Diğer nedenler arasında ise yaygınlığının artıyor olması ve beraberinde etiolojisinin daha net bir şekilde anlaşılma ihtiyacı duyulması bulunmaktadır. Elimizdeki literatür bilgileri bu patolojinin nedenleri ve sonuçları hakkında bir takım bilgiler sunsa da özellikle de genç örneklem grubu içerisinde daha fazla bilimsel bilgiye ve kurama ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Yeme bozukluklarının görülme yaşının günümüzde oldukça düşmüş olması bu bozukluğun doğasının anlaşılmasını zorunlu hale getirmiştir. Yaşın düşmesinin bir nedeni popüler kültürün dayattığı “zayıflık miti”dir. “Güzellik = zayıflık” algısı tüm medya ve iletişim kanalları aracılığı ile insanlara ulaştırılmaktadır. Teknoloji kullanımının da gün geçtikçe düşmesi bu ulaşılabilirliği kolaylaştırmaktadır (160). Özetle; yeme davranışlarının popüler kültürün dayattığı mesajlarla değişmesi ve bu değişimin patolojik bir değişim olarak düşünülebileceği, yaygınlığının çeşitli sebeplerle giderek artıyor olması, başlangıç yaşının düşüşte olması, ölümcül risk taşıması (özellikle de AN) gibi nedenlerden dolayı yeme tutumunun doğasının daha iyi anlaşılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Yeme tutumları ve davranışları erken dönemde şekillenen ve hayati önem taşıyan kavramlardır. Yeme tutumuna ilişkin, gençlerde tanı konulamayacak düzeyde sağlıklı yeme tutum ve davranışları görülmektedir (161). Yeme davranışlarıyla ilgili riskli bir dönem olarak kabul edilen 19-25 yaş arası üniversite gençleriyle yeme tutumu ile alakalı

yapılan bir çalışmada 431 öğrencinin yaklaşık üçte birinde yeme bozukluğu görülmektedir. Bu dönemin riskli olmasını etkileyen faktörler arasında aileden bağımsızlaşma ve arkadaş etkileşiminin artışı, gençlerin birbirinden beden algısı bakış açısından etkilenmesi ve yeme davranışlarında önemli rolü olan medyanın etkileri varsayılabilmektedir (162). Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir başka çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilerin %13,7'sinde yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir, erkeklerdeki oranın kızlara göre daha yüksek çıktığı görülmüş ve tıp fakültesindeki üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğundaki riskin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (35). Başka bir çalışmada ise üniversitede öğrenim görmeye devam eden 186 kişinin katıldığı araştırma sonuçlarına göre %49 oranında tıkanırcasına yeme durumu saptanmıştır. Bu durum negatif yeme tutumlarında görülen problemlerin ciddiyetini göstermektedir (163). Ayrıca 530 üniversite öğrencisi ile yeme tutumları hakkında yapılan araştırma sonucunda, kilo alma kaygısı, TYB, AN ve BN gibi sorunların düzensiz yeme tutumlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (164). Bu doğrultuda, araştırmacılar, yeme bozuklukları terimini olumsuz yeme tutum ve davranışlarını tanımlamak için kullanmaktadırlar.

Gençler tarafından uygulanan yanlış yeme davranışları nedeni ile büyüme ve gelişme geriliği, kemik yoğunluğunda azalma, cinsel gelişim bozukluğu, amenore gibi hormonal bozuklukların yanında sağlıksız diyet uygulamaları yeme bozukluğu hastalıklarına yakalanma riskini artırmaktadır (103). Yeme bozuklukları ise kısa dönemde semptomlara, uzun dönemde ise tıbbi komplikasyonlara sebep olmaktadır. Yeme bozukluğu olan gençlerde soğuk havaya karşı dayanaksızlık, büyümede ve kemik gelişiminde yavaşlama, pubertal gecikme veya durma, saç dökülmesi, cilt kuruluğu, beyinde yapısal anormallikler, hipokalsemi, periferik ödem, tüylenme, ortostatik hipotansiyon, baş dönmesi, gastrointestinal problemleri (abdominal rahatsızlık, kabızlık ve abdominal distansiyon) ve bedenin yeteri kadar besin almamasından kaynaklanan hormonal bozukluk şikayetleri görülmektedir (165). Ayrıca bu bireylerin okul ve iş yaşantılarında başarı düzeyinin düşmesi, sosyal ilişkilerinin bozulması olağandır. Bireylerde görülebilecek bu fizyolojik sorunları, gençler ile çalışan sağlık profesyonelleri gözlemleyerek yeme bozuklukları ile ilişkisini değerlendirebilir ve gerekli girişimleri planlayarak, uygulayabilir.

2.2. Depresyon

Depresyonun Latince kökü, kendine olan güvenini azaltmak, alt yönlü baskı uygulamak, donuklaştırmak, asılmak, halsiz, kederli, düşünceli, durgunlaştırmak

manalarında ‘depressus’ dur. Türkçede ise ruhsal çöküntü anlamındadır (166).

Depresyon bireyin kendini mutsuz ve hüzünlü hissettiği, uğraştığı aktivitelere merakının azaldığı ve bu aktivitelerden geçmişteki kadar haz duymadığı, değersizlikle beraber suçluluk duygularının birlikte görüldüğü, fiziksel ve ruhsal yorgunluk ve çökkünlük belirtilerinin var olduğu yaygın bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Depresyondaki insanlar bazı kararlar alırken zorlanırlar ve bunun sonucunda karşılarına çıkan sorunlara karşı kendilerini suçlama eğiliminde bulunurlar. Ancak depresyon önemli seviyedeysen; uyku düzeninin bozulması, yemek ve cinselliğe karşı duyulan isteğin azalması ve ya tamamen bitmesi şeklinde seyredebilmektedir. Düşünme ve konsantrasyon gibi bilişsel yetilerde ağırlaşma ve zorluk izlenebilmektedir. Kendini öldürme düşünceleri ve bu düşünceleri eyleme dökme görülebildiği için bireyin hayatını ciddi düzeyde etkileyen bir sağlık problemidir (167).

Depresyon; yalnızca kişisel sorunlara yol açan psikiyatrik bir hastalık değildir aynı zamanda mesleki ve ekonomik kayıplara yol açabileceği gibi toplumsal ve önemli sağlık sorunlarına da neden olmaktadır (168).

Depresyon bireyin kısa süreli üzüntü ya da çökkün duygu durum hissetmesinden ziyade bireyin uzun süreli üzüntü ve çökkün duygu durum içerisinde olmasıdır (169). Diğer bir tanıma göre depresyon, bireyde çevresel, kalıtsal ve hormonal aksaklıklar sonucunda oluşan bir çeşit çökkünlük halidir (170).

Depresyonun sosyal alanda; intihar girişimleri, sosyal - mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı, toplumdan uzaklaşma, kognitif alanda; konuşmada ve düşüncede retardasyon, benlik saygısında azalma, değersizlik, çaresizlik, karamsarlık, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, halüsinasyonlar, hezeyanlar, obsesif düşünceler, ölüm ve intihar düşünceleri, emosyonel alanda; anksiyete, disfori, anhedoni, üzüntü, irritabilite, vejatatif alanda; somatik yakınmalar, enerji azlığı, yorgunluk, güçsüzlük, bitkinlik, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri ile beraber nadiren kilo alımı ancak çoğunlukla kilo kaybı, cinsel ilgide azalma, ajitasyon, kabızlık, hareketlerde yavaşlama, kadınlarda adet düzensizlikleri gibi belirtileri içeren semptomları vardır (168).

Zamanla sık görülen toplum sağlığı sorunları değişmiştir. Artık ruhsal hastalıklar daha yaygın görülmektedir. Ruhsal hastalıkların kronikleşme eğilimleri daha yüksektir ve tedavileri daha güçtür. Sık görülmesi, tedavi ve rehabilitasyon güçlüklerinin yanında zamanla kronikleşme eğilimlerinin yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu iken bu sorun daha da derinleşmektedir (171). Halen psikiyatrik hastalıklar arasında en sık

tespit edilen ve hastalık yükünün önde gelen ilk nedenlerinden biri depresyondur (172).

Depresyon tanısının geç koyulması veya tedavisinin düzenlenememesi nedeniyle sağlıkta bozulmalar hatta ölümler meydana gelirken, erken tanınıp doğru olarak tedavi başlandığında kişinin yaşam kalitesi bariz olarak artmaktadır. Psikiyatrik hastalıkların prognozunu ve seyrini etkilemesi açısından erken tanınması ve tedavi edilebilmeleri psikiyatristler haricindeki diğer hekimleri de ilgilendirmektedir.

Günümüzde depresyonun sık görülmesi ile beraber başlama yaşı da düşmüştür. Başlama yaşının düşmesiyle alkol ve madde kullanımı gibi depresyonunun komplikasyonları da gençler arasında yaygınlaşmaktadır. Bir diğer önemli komplikasyonu da intiharlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde genç ölümlerinde ölüm sebepleri arasında intihar üçüncü sıradadır (173). Depresyonun insidansı da yüksektir. Bir araştırmada 1. basamağa başvuran kişilerde insidans yaklaşık %10 olarak 2. basamakta ise %15 olarak tespit edilmiştir (174).

Beck, depresyonun 2000 seneden fazla bir süreden beri klinik bir sendrom olarak kabul edildiğini, fakat karmaşık ve paradoksal özelliklerinden dolayı depresyona dair tatmin edici bir açıklama yapılamadığını savunmuştur. Beck'e göre depresif bireylerin, objektif gerçeklikle uyuşmayan kendilik algıları depresyonu paradoksal bir durum haline getirmektedir (175).

2.2.1. Depresyon Epidemiyolojisi ve Etyolojisi

Depresyon tüm toplumlarda her yaşta, her cinsiyette görülen pek çok sebebe bağlı psikolojik rahatsızlıklar arasında yer alır. Depresyon; sıklıkla görülen, bireyin sosyal, bilişsel, psikolojik, fiziksel işlevselliğini önemli ölçüde sekteye uğratan, dünyanın en tehlikeli dördüncü halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır (172).

Depresyon, en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir ve önemli bir küresel halk sağlığı problemidir. Aile öyküsü, kadın olma, çeşitli kişilik özellikleri, sosyal izolasyon ve stresli yaşam tecrübelerine maruz kalma gibi bir dizi sürekli risk faktörü bulunmuştur. Bu oldukça tekrarlayan bir rahatsızlıktır. Tedavi edilmeyen depresyon, erken ölüm ve genel sağlıkta kötüleşmeye neden olabilir. Depresyon, intihar için önemli bir risk faktörüdür (176). Dünya genelinde hastalık yükünün önde gelen üçüncü nedenidir. DSÖ majör depresyonun 2020 yılına kadar küresel hastalık yükü açısından ikinci en büyük katkıda bulunan hastalık olacağını öngörmüştür (177).

Depresyon, düşük gelirli ülkelerde hastalık yükünde sekizinci sırada iken, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ilk sırayı almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ),

depresyonun tüm dünya genelinde, 2030 yılında DALY yükünde birinci sırada olmasını beklemektedir. Ülkemizde en fazla görülen temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yüküne (YLD) neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıklar almaktadır (178).

Depresyon ile ilgili çalışmalar insidans çalışmasından daha ziyade prevalans çalışmaları türündedir. Farklı gruplarda depresyon prevalansı da farklılık gösterir. Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı ise %8-20 bulunmuştur (179). Majör depresyon için ömür boyu oranlar ülkeler arasında büyük farklılıklar gösterir, Tayvan'daki örneklemde 100 erişkin başına 1,5 vaka görülür iken Beyrut'ta 100 yetişkin başına 19,0 vaka görülmüştür (180).

Depresyon, kadınlar arasında erkeklerden daha siktir ve kadın/erkek risk oranları kabaca 2/1' dir. Tüm hayat boyunca depresyon sıklığı kadınlarda %10-25 oranlarında, erkeklerde ise %5-12 arasında değişmektedir (181). Kadınlarda her 5 kişiden biri, erkeklerde her 10 kişiden birinde yaşamları boyunca kısa bir süre de olsa depresif dönemleri olmaktadır (182). İsveç'te yapılan bir araştırma sonucunda depresyonun sıklığı kadınlar için %0,76, erkekler için %0,43 oranında bulunmuştur. 70 yaşına kadar ilk dönem depresyonun ortaya çıkma sıklığı kadınlarda %45, erkeklerde %27 olarak tespit edilmiştir (183).

Depresyon her yaşta görülebilmekte ve başlayabilmektedir. Ancak benzer olarak birçok çalışmada başlangıç yaşı ortalaması 20'li yaşların sonları olarak saptanmıştır (184). Kadınlar her yaştaki erkeklerden daha yüksek depresyon oranlarına sahiptir. Depresyon oranı 60 yaşına kadar yaşla artış göstermektedir; 12-17 yaş aralığında oran %5,7 iken; 40-59 yaş grubundaki yetişkinlerde %9,8'e kadar çıkmakta ancak 60 yaş üstü yetişkinlerin depresyon oranı (%5,4), 18-39 yaş grubundan ve 40-59 yaş grubundan anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. En yüksek depresyon oranı %12,3 ile 40-59 yaşlarındaki kadınlarda görülmüştür. En düşük depresyon oranları, 12-17 yaşlarındaki (%4,0) ve 60 ve üzeri (%3,4) yaşlarındaki erkeklerden oluşmaktadır (185).

İsveç'te tıp öğrencileri arasında yapılan çalışmada depresif belirtilerin prevalansı %12,9 ile genel popülasyondan anlamlı derecede yüksek olarak tespit edilmiştir. Kız öğrencilerde %16,1, erkek öğrencilerde ise %8,1 olarak tespit edilmiş ve kız öğrencilerde erkek öğrencilerden anlamlı derecede yüksek bulunmuş (186). Ülkemizde 1982 yılında yapılan rastgele örneklem ile seçilen 275 üniversite öğrencisinde BDÖ ile depresyonun nokta prevalans hızı %69 olarak tespit edilmiştir (187). Depresyonun bir yıllık prevalansının son yıllarda ülkemizde yapılan çalışmalarda %6,4 ve yaşam boyu

prevalansının %15 civarında olduğu bildirilmiştir (95).

řiddetli depresif belirtileri olan kiřilerin yaklaşık %90'ı iř, ev ya da sosyal aktivitelerde zorluk yařadığını bildirmiřtir. Depresif belirtilerin řiddeti arttıkça iř, ev veya sosyal faaliyetlerle ilgili zorluk derecesi de depresyonla orantılı olarak artmaktadır. Hafif depresif belirtileri olan kiřilerde %45,7'den řiddetli depresif belirtileri olanlarda %88'e kadar çıkmaktadır (188). Net bir veri olmamakla birlikte depresyon ile sosyoekonomik seviye arasında iliřki olduđunu dűřündűren çalıřmalar mevcuttur. Sosyoekonomik sınıflamada űst seviyelerde çalıřan kadınlarda daha alt seviyede çalıřan kadınlara gűre daha az oranlarda depresyon gűrűlmektedir (189).

Depresyonun nedenleri hakkında birçok kiři deđiřik hipotez ortaya koymuřtur. Depresyon yařayan kiřilerde genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler i içe geçmiř řekilde gűrűlűr (190). Cinsiyet, bireylerin stresli hayatı, hayal kırıklıkları, aile iřlev bozuklukları, yetersiz ebeveyn bakımı, bađımlı ve obsesif űzellikler, erken dűnemde olan negatif yařamlar gibi insan űzellikleri, bađlanma stilindeki gűvensizlik, bedende gűrűlen kronik veya psikiyatrik hastalıklar, sosyal destek azlığı gibi etmenler depresyona űncűl veya hastalığın sonucu olarak gűrűlmektedir (191). Depresyon farklı etmenler sonucunda gűrűlebilir ve bunların bařlıcaları fizyolojik, kalıtsal, sosyal ve biyolojik etmenlerdir. Bunun yanında miras, aile yapısı, kiřilik, kiřinin kűltűrű, eđitimi içine alan tetikleyici faktűrler ve predispozan faktűrlerde bulunmaktadır (192).

Depresyonun ortaya çıkmasında biyolojik nedenlerin rolű oldukça fazladır. Buna bađlı olarak nűradrenalin ve serotoninin azalması depresyonun oluřumunda bűyűk rol oynamaktadır (193). Diđer bir biyolojik sebep farklı hormon bozukluklarıdır. Çođunlukla depresyonlu bireylerde hipofiz bezlerinden ařırı derecede salgılanan ACTH, adrenal bezlerinden yođun kortizol salınımının ortaya çıkmasına neden olmakta ve bu olayda bireylerde depresyonun gűrűlmesine sebep olmaktadır (193). Aynı zamanda kalıtsal yatkınlıklar da duygu durum bozukluklarının oluřumunda etkisi belirgin řekilde gűzlenmiřtir. Ancak kalıtımla dođrudan geçmesinin kanıtları bulunmamaktadır. Fakat bu olay, dođrudan geçiř gibi deđerlendirilmemekte ve bireylerde genetik niteliklere eklenen farklı stres yaratıcı yařamsal olaylar farklı biyolojik ve ya psikodinamik faktűrlerle birlikte rahatsızlığın yűzeye çıktığı sűylenmektedir (193). Yapılan bazı genetik arařtırmalarda ikizler arasında depresyona yatkınlık arasında bađın benzerliđi gűrűlműřtűr. Tek yumurta ikizlerinin birisi depresyondaysa diđerinin depresyonda olma olasılığı %65'tir. Çift yumurta ikizlerine yapılan arařtırmada ise bu oran sadece %14'tűr (194). Sűrekli depresyon geçiren bireylerin birinci dereceden olan akrabalarının depresyona yakalanma

riski popölasyondaki diğér insanlara göre iki, üç kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (167).

Depresyonu yalnızca biyolojik sebeplerle açıklamak doğru değildir. Sadece biyolojik sebeplerle meydana gelen depresyonlar olsa da birden fazla sebeple oluşmuş depresyonlar da olabilmektedir. Farklı yaşamsal etkenler; yakın kişinin kaybı, ekonomik ve işi hayatında sıkıntılar, bireyin sosyal statüsünü ve gururunu zedeleyen olaylar da depresyona neden olabilmektedir (193). Depresyonu anlatmaya çalışan analitik kuram benliğin kendisine verdiği önemi koruyabilmesi için, bireyin kendisinden bir takım beklentileri ve amaçları gerçekleştirebilmesi gerektiğini söylemektedir. Bedensel bir rahatsızlık, meslek yaşamındaki bir takım başarısızlık, aile içi anlaşmazlıklar ya da diğér bir yaşam olayı sebebiyle benlikte beklentilerinin veya amaçlarının gerçekleşemeyeceği veya bunları başaramayacağı ve yerine getiremeyeceği duygusu ortaya çıkmaktadır. Hayallerini başaramayacak olma düşüncesine sahip bireyde çaresizlik ve zavallılık duyguları gelişir, bireyin kendisine verdiği değer azalır ve sonucunda depresyon ortaya çıkar (195). Diğér yandan ruhsal bozukluklara karşı yatkınlıklarında kişilerin kişilik yapıları, bozuklukların belirleyicisi olabilmektedir. Genellikle, çoğu kişiyi mutlu etmeye, başkalarını incitmemeye, iyilik yapma eğilimi fazla olan, çok narin, temiz, çevresindekilere düşkün olan, sorumluluk anlayışı gelişmiş, kişinin kendisinden ve çevresindekilere fazla beklentisi olan, gururuna düşkün, mükemmeliyetçi, oral bağımlı, öfkesini kontrol edebilen, ani duygusal davranışlar gösteren, kişilik nitelikleri histerik olan, içine kapanık ve fazla meraklı kişiler genelde çöökkünlük yaşamaya yatkın kişilerdir (196).

Depresyon ile psiko-sosyal stres etkenleri arasındaki bağı inceleyen çalışmalarda bir takım yaşamsal etkenlerin depresyonun tetiklenmesiyle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir ancak genel bir kanıya varılamamıştır. Yineleyen bir rahatsızlık olan depresyonun ilk görülen atağın yaşamsal bir olay sonrası başlaması daha sonraki ataklara istinaden daha fazla görülen bir olaydır. Ancak depresyonun başlamasına sebebiyet veren yaşam olayları çoğunlukla özgül değildir, yani bu yaşamsal olaylar toplumdaki diğér bireylerde depresyon başlamasına sebep olmaz; fakat ruhsal ve biyolojik yatkınlık söz konusuysa bozukluk gelişmektedir (195). Depresyonun yalnızca biyolojik ve psikolojik etkenlerden dolayı ortaya çıkmadığını aynı zamanda sosyal risk etkenlerinden de etkilendiği ortaya koyulmuştur. Yaşam olayları, bağımsız yaşam ve bağımlı yaşam olayları olarak ikiye ayrılmıştır. Bağımlı yaşam olayları; kişinin de dahil olduğu durumlar iken bağımsız yaşam olayları; kişinin kontrolü olmadan gelişen bir takım olaylardır. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar bağımlı yaşam olaylarının bağımsız yaşam olaylarına göre depresyonun ortaya çıkmasında bağımsız yaşam olaylarından daha fazla etkisi olduğu

görülmüştür. Bir takım araştırmalar ailesel genetik faktörlerin, depresif ağırlıklı kişilik özelliklerinin, eğitim seviyesinin düşüklüğünün, kadın olmanın, negatif yaşam olaylarının, samimi ilişki azlığının, fiziksel hastalıkların, depresyona temel oluşturduğunu belirtmişlerdir (197).

2.2.2. Depresyon Tanısı ve Sınıflandırılması

Depresyonun tanı ölçüleri Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM'ye göre olmaktadır. DSM-V'in başlıca hedefi, uzman klinisyenlere, hasta bireylerin ruhsal rahatsızlıklarının tanısında, olguların kavramsallaştırılması ve değerlendirilmesi esnasında yardımcı olmak, her hastaya özgü belirli bir tedavi planı yapılmasını sağlamaktır (92). DSM-V'e göre majör depresyon bozukluğu tanısı için aşağıdaki maddeler dikkate alınmalıdır.

1. İki haftalık süre içinde, aşağıda belirtilmiş olan semptomlardan beş tane veya daha fazlası görülmüştür ve önceden var olan işlevsellik seviyesinde değişiklik yaşanmıştır; bu semptomlardan en az bir tanesi çökkün duygu durum veya ilgisini kaybetme veya zevk almamadır.
 - a. Çökkün duygu durum, hemen hemen her gün, günün geniş bir kısmında bulunur ve bu olayı ya bireyin kendisi ifade eder ya da bu olay başkalarınca gözlemlenir.
 - b. Bütün veya hemen hemen bütün aktivitelere karşı ilginin belirgin bir biçimde azalması veya aktivitelerden haz almama durumu, hemen hemen her gün, günün önemli bir kısmında bulunur.
 - c. Kilosunu azaltmaya çalışmıyorken fazla kilo verme veya kilo alması veya hemen hemen her gün, yemek yeme isteğinde düşüş veya iştahında artma.
 - d. Hemen hemen her gün, uykusuzluk yaşama veya çok fazla uyuma.
 - e. Hemen hemen her gün, ajitasyon veya yavaşlama.
 - f. Hemen hemen her gün, değersizlik veya çok fazla ya da uygun olmayan suçluluk duyguları.
 - g. Hemen hemen her gün, bitkinlik veya içsel enerjinin kalmaması.
 - h. Hemen hemen her gün, düşünmekte veya dikkati odaklamakta zorluk yaşama veya kararsızlık yaşamak.
 - i. Sürekli tekrarlayan ölüm fikirleri, özel hareket planlamaksızın yineleyici intihar fikirleri, intihar girişimi veya intihar için özel bir hareket planlama.
2. Bu semptomlar klinik açıdan gözlenen bir bunalıya veya toplumsal, iş hayatında

veya diğer önemli işlevsellik ortamlarında işlevsellikte azalmaya yol açar.

3. Bu süreç, bir nesnenin veya diğer bir sağlık durumunun fizyolojik olarak etkilerine bağlanamaz (92).

Depresyon başlığı altında sadece bir hastalık değil, birden fazla alt gruptan oluşmuş birçok hastalık bulunmaktadır. Psikiyatrik bozukluklarda en fazla kullanılan sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-V'e göre depresyon, aşağıda belirtilen gruplar şeklinde sınıflandırılmaktadır (92).

1. Majör depresif bozukluk.
2. Süregiden depresyon bozukluğu (Distimik bozukluk)
3. Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Maddenin veya ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
6. Başka bir sağlık durumunun neden olduğu depresyon bozukluğu
7. Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
8. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk

2.2.3. Depresyon Tedavisi

Depresyon tedavisinde kullanılacak üç önemli araç vardır: İlaç tedavisi, psikoterapi(BDT) ve elektrokonvulsifedavi(EKT). Depresyonun biyolojik tedavileri elektrokonvulsif tedavi (EKT) ve farmakoterapiyi içermektedir. EKT özellikle diğer tedaviler başarılı olmadığında tercih edilmektedir. Farmakoterapide ise trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz engelleyiciler (MAO inhibitörleri) ve SSRI'lar kullanılmakta ve kısa sürede etkin yanıt alınmaktadır. Farmakoterapi özellikle depresyonun endojen yani vejetatif semptomları (somatik şikayetler) üzerinde etki sağlamaktadır (198).

Depresyonun ilaçla tedavisi iki boyutta değerlendirilir. Bunlardan birincisi hastanın yoğun depresif durumdan kurtulup düşünebilecek ve depresyondan kurtuluş için gereken çabayı gösterebilecek düzeye gelmesini sağlamak ve depresyondan çıkmasını sağlamak; ikinci aşamada ise iyilik halinin sürdürülmesine yardımcı olmaktır. Depresyon tedavisinde kullanılan temel ilaçlar, kişiyi canlandırıp, içine gömüldüğü karamsarlık ve isteksizlik çukurundan yukarı, yaşamın canlılığına doğru iten antidepresanlardır (199). Depresyon tedavisinde esas olarak kullanılması gereken ilaçlar antidepresan ilaçlardır. Ancak zaman zaman gerekli görüldüğünde yani hastanın klinik özellikleri gerektirdiğinde anksiyolitik denen kaygı-sıkıntı giderici, yatıştırıcı ilaçlar ya da nöroleptik ilaçlarda verilebilir (193). İlaç tedavisinde kullanılan antidepresan ilaçlar her zaman beklenen iyileşmeyi

sağlamayabilir. Ayrıca aynı ilaç farklı kişilerde aynı etki ve iyileşmeyi sağlamayabilir. Bu durumda ya ilaç değiştirilmelidir ya da birkaç ilaç aynı anda önerilebilir (200). Antidepresan ilaçlar depresyonu iyileştirirken, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, çarpıntı, kabızlık ve idrar tutukluğu gibi bazı yan etkilere yol açabilir (201). Tüm gruplarda cinsel işlev sorunları, uykusuzluk ya da aşırı uyuklama, sinirlilik gibi yan etkiler ve daha ender olarak da alerjik reaksiyonlar görülebilir (199). Depresyonun sıklıkla yenilenen ve bazen de kronik seyir gösteren özelliklerinden dolayı, doktorların tedaviyi sonlandırma konusunda çok dikkatli olmaları gereklidir. İlaç tedavisinde genel prensip idame tedavinin, akut tedaviye yanıt alınmış dozla devam edilmesi ve tam bir iyileşme olmadıkça kesilmemesidir. Tedavi sonlandırılmaya karar verildiğinde ilaç yavaş kesilmelidir (202).

EKT bir çeşit epilepsi nöbeti oluşturarak tedavi eden bir yöntemdir. Kişi bu sırada tam bir bilinç kaybında olduğu için nöbet sırasında olup biteni anımsamaz. Yapılan çalışmalar oluşturulan nöbetlerin sinapslarda monoaminlerin etkinliğini arttırdığını ve bu nedenle elektroşokun antidepresan ilaçlara benzer bir depresyon giderici etkiye sahip olduğunu göstermektedir (199). Bu tedavi genellikle hastanede yatan ve depresyon düzeyi çok yüksek olan hastalar için kullanılır. Haftada bir ya da iki kez uygulanır. Tedavi için 5-10 seans gereklidir ve çabuk sonuç verir. Ancak 1-2 haftadan daha uzun sürmeyen geçici bir bellek zayıflığına yol açar (203).

Depresyonun BDT ile tedavisi yapılandırılmış, kısa süreli, direktif, hastanın ve terapistin aktif katılımını gerektirmekte, amaç depresyondaki kısır döngüyü kırmak için depresyonla ilgili olumsuz inanç, fonksiyonel olmayan düşünce ve davranışsal inhibisyonu değiştirecek tekniklerin uygulanmasıdır (204). Danışan kendi inanç ve düşüncelerini sınanması gereken hipotezler olarak görmeye teşvik edilir (198). Bu doğrultuda ev ödevleri, bilişsel (otomatik düşünce kaydı, dikkat dağıtma, kanıt sorgulama gibi), davranışçı (aktivite kaydı, aktivite planlaması gibi) ve son olarak da önleyici teknikler kullanılır. Depresyon tekrarlama olasılığı yüksek bir hastalıktır. BDT’de danışana yeni beceriler kazandırmak hedeflendiği için uzun vadede nüksü önleme açısından BDT’nin etkinliğini kanıtlayan pek çok araştırma vardır (198). Araştırmalar BDT’nin farmakoterapi ile birlikte kullanımının da etkin olduğu yönünde kanıtlar sunmaktadır (205).

2.2.4. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon

Üniversite öğrenimi sırasında öğrenciler aileden henüz ayrılmış olmak, ekonomik kaygılar, yurt yaşamına adaptasyon sorunları, yeni arkadaş edinmemek gibi toplumsal veya duygusal sebepler nedeniyle uyum bozuklukları veya psikiyatrik bozukluklar

açısından risk altındadır. Bu risk altındaki grubun yeterli düzeyde koruyucu hizmet alamaması nedeniyle bu risk daha da belirginleşmektedir. 15-44 yaşları arasındaki insanların engelliliğinin başlıca on nedeninden ilk üç nedeni arasında zihinsel bozukluklar vardır ve diğer nedenler de genellikle zihinsel bozukluklarla ilişkilidir. Bu yaş grubunda özellikle üniversite öğrencileri, ergenlik döneminden yetişkinliğe geçişte kişinin hayatında en stresli zamanlardan biri olan bu süreci yaşadıklarından özel bir gruptur. Sosyoekonomik ve kültürel alandaki hızlı değişimler üniversitede okuyan öğrencilerde psikolojik anlamda olumsuz yönde etkiye sahiptir. Üniversite öğrencileri belirlenemeyen büyük yaşam kararlarıyla yüzleşmesi gereken ergenlik döneminden yetişkinliğe kritik bir geçiş döneminde oldukları için depresyon açısından daha büyük risk altındadır (206). Üniversite hayatı süresince bu döneme has toplumsal ya da duygusal özellikler nedeniyle psikiyatrik bozukluklar veya uyum bozuklukları oldukça yaygındır. Birçok üniversite öğrencisi ekonomik kaygılar, aileden henüz ayrılmış olmak, kaldığı yere (ev ya da yurt) alışamamak ve yeni arkadaşlık kuramamak gibi durumlardan olumsuz etkilenirler. Üniversitede okuyan öğrencilerin birçoğu yeteri kadar koruyucu hizmetlerden yararlanamadığından ruhsal bozukluklar için büyük bir risk grubunu oluşturmaktadır (207). Gençlik çağında fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, ruhsal ve toplumsal değişiklikler genci zorlamaktadır. Zorlamalar karşısında her gencin tepkisi farklıdır. Bu tepkilerin bir grubunu da depresif belirtiler oluşturur (208).

Üniversite öğrencileri arasında yapılan araştırmalarda, bu grubu tehdit eden en önemli ruhsal bozukluğun depresyon olduğu belirtilmektedir. Depresyon yaygın, yüksek kronikleşme ve yinleme oranı, önemli intihar riski ve iş gücü kaybı oluşturması nedeniyle ciddi bireysel ve toplumsal sağlık sorunudur. Bu yüzden depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi, yinleme risk etkenlerinin belirlenmesi özel bir önem taşımaktadır (209, 210). Dünya çapında birçok araştırma, üniversite öğrencileri arasında yüksek stres ve depresyon oranlarını ortaya koymaktadır. Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda bildirilen yaygınlık oranları %10-85 arasında değişmekte olup, ağırlıklı ortalama prevalans %30,6'dır (211). Çin'de üniversite öğrencilerinde depresyon prevalansı %11,7-24,8 arasında değişmektedir (212). İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada depresif belirtiler BDÖ kesme puanına göre değerlendirildiğinde depresif belirti gösterme yaygınlığı sağlık yüksekokulu öğrencilerinde %31, tıp fakültesi öğrencilerinde %21,9 olarak tespit edilmiştir (213). İngiltere'de 10 üniversitede okuyan öğrenciler arasında, Hastane Depresyon Envanteri kullanılarak, yapılan bir çalışmaya göre erkek öğrencilerin %12'sinde, kız öğrencilerin ise %15'inde depresyon saptanmıştır.

İngiltere’de Leichester Üniversitesi’nde ikinci sınıf öğrencilerinde Kısa Semptom Envanteri kullanılarak yapılan çalışmalarda öğrenciler arasında orta düzeyde depresyon duygularının bulunduğu saptanmıştır (214).

Üniversite öğrencilerinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bazı değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiş, kız öğrencilerin kaygı düzeyleri erkek öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, öğrencilerin depresyon düzeylerinin, ailelerinin sosyo-ekonomik durumuna, anne ve babalarının tutumlarına, ana-babalarının başarı durumlarını algılamalarına, okudukları alanın istedikleri alan olup olmadığına, alanları ile ilgili doyum düzeylerine ve psikolojik danışma hizmetinden yararlanma ölçütlerine göre değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (215).

Özellikle depresyon riskinde artışın stres ile ilişkili olduğuna inanılır ve stresin de ana kaynaklarından biri olumsuz yaşam olaylarıdır (216). Ülkemizde yapılan bir çalışmada son altı ay içinde daha yüksek stres verici olay yaşayanlarda depresif belirtiler daha sık olarak tespit edilmiştir (217). Başka bir çalışmada, 17 Ağustos 1999 Marmara ve 12 Kasım 1999 Bolu-Düzce depremlerini yaşayan üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyleri, deprem yaşamayanlar ile karşılaştırılmış, araştırma sonucunda deprem yaşayanların depresyon düzeyleri deprem yaşamayan karşılaştırma grubundan daha yüksek bulunmuştur (218).

2.2.5. Depresyon ve Yeme Bozukluğu İlişkisi

Depresyon ve duygu durum bozuklukları yeme bozukluğuna en çok eşlik eden psikiyatrik durumlar olup depresif şikayetler yeme bozukluklarında yaygın görülmektedir (219). Yeme bozukluğuna eşlik eden duygudurum bozukluklarıyla ilgili 1985’ten 2006’ya kadar olan çalışmaların sonuçlarına göre yeme bozukluğuna majör depresyonun eşlik etme oranı %9 ile %96 arasında değişmektedir (220). Bu farklılık yazarlarca çalışmaların metodolojik açıdan kısıtlılıklarıyla açıklanmıştır. Bunlar vaka sayılarının küçük (20-30 vaka), tanı kriterlerinin birbirinden farklı oluşuna ek olarak çalışmaların çoğunda kontrol grubu bulunmamasıdır. Özellikle depresyon olmak üzere yeme bozukluklarında komorbid duygu durum bozukluklarının sık görülüyor olması, yeme bozukluklarında birincil duygudurum bozukluklarına, yeme bozukluklarına ikincil gelişen duygudurum bozukluklarına veya her ikisine birden neden olan genetik ya da ailesel geçiş gibi üçüncü bir değişkene işaret ediyor olabilir (78). Anoreksiya ve depresyon arasındaki güçlü bağ etyolojide ortak özelliklerin paylaşıldığını düşündürmektedir; zira her iki grupta da kilo kaybı ve serotonin düzeyinin düşük oluşu gibi biyolojik benzerlikler vardır (71). Ayrıca

depresif şikayetler çoğu zaman AN'da aşırı kilo kaybetmeye bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır (78). Yapılan epidemiyolojik, fenomenolojik ve biyolojik çalışmalar duygudurum bozuklukları ve yeme bozukluklarının birbirinden farklı ancak patofizyolojik, genetik ve çevresel risk faktörleri açısından ilişkili bozukluklar olduğunu desteklemektedir (221). Sistemik aile çalışmalarının sonuçları AN vakalarının yakınlarında yüksek oranda duygudurum bozukluğu olduğunu göstermektedir (219).

Olumsuz duygulanım, beden imgesindeki bozulma ve bulimik patolojiye aracı olabilecek bir değişken olarak dikkat çekmektedir (222). Depresyonda ve yeme bozukluklarında benlik saygısının azalmasının ortak olduğunu düşündüğümüzde; benlik saygısı beden imgesindeki bozulma ve yeme bozukluğunun şiddeti arasındaki ilişkiyi biçimlendirecek bir değişken olarak da düşünülebilir (223).

DSM tanı sistemine göre primer depresyon varlığında AN tanısı konmamakla birlikte yeme bozuklukları özellikle de AN ile depresyon, depresif duygudurum, cinsel istekte azalma, kilo kaybı, dikkat ve konsantrasyon problemleri gibi semptomlar açısından benzerlik göstermektedir (219).

Yeme bozukluğu ve depresyonun araştırıldığı çalışmalarda öne çıkan bir problem de bu vakalarda depresif semptomların nasıl ölçüleceğidir. Literatürdeki çalışmalar çoğunlukla Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve SCID-I'i kullanmakla birlikte, depresyonun fiziksel semptomlarının yeme bozukluğu vakalarında depresyon ölçümünde kriter olarak alınması konusu tartışmalıdır (223). Örneğin, yeme bozukluğu hastalarında kilo değişimi istekli olarak meydana geldiği için, bu depresyonun bir semptomu olarak sayılmamalıdır, çünkü bu vakalar depresyon vakalarından farklı olarak açlığı hissetmektedirler, yani iştahta bir değişim olmamaktadır (224).

Üniversitede okuyan 107 öğrenciyle yapılan bir çalışmada depresif semptomları çok faktörlü bir yapıda ölçen Çok Skorlu Depresyon Envanteri (Multiscore Depression Inventory) kullanılmış olup bulimiya ve zayıflık arzusu depresyonla ilişkili bulunmuştur (225). Yeme bozukluğu vakalarında depresif semptomların yaygın görülmesinin yanı sıra intihar oranları da yüksektir. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan 46 hastanın %58'i şiddetli depresyonda olarak bulgulanmış, %24'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuş, %65'i intiharı düşünmüştür. İntihar girişimlerinin depresyon ve hastalığın kronikliğiyle ilişkili olduğu bulunan bu çalışmada yeme bozukluğu vakalarında depresyon varlığı intihar girişimi için artan bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (226).

Sonuç olarak; yeme bozukluklarına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar da eşlik etmektedir ve bunların en başında depresyon gelmektedir (227). Depresif semptomlar aynı

zamanda tedavi motivasyonu ile de ilişkili olup yapılan çalışmalar depresif semptomlar arttıkça tedavi motivasyonunun da düştüğünü göstermektedir (228, 229).

2.3. Anksiyete Bozuklukları

Latince düşünülmeyen fakat hissedilen ruh hali olarak geçen anx kelimesi anksiyete sözcüğünün temelini oluşturmaktadır. Anksiyete (kaygı), nesnel bir durumdan kaynaklanmayan varolan tehlikeye karşı kişinin duyduğu endişe duygusu olarak tanımlanmaktadır (230). Diğer bir deyişle kaygı kişinin yapısında mevcut sosyal ve psikolojik olaylara karşı verilen duygusal bir davranış olarak tanımlanabilmektedir (215). Sıklığı ve önemli bazı ruhsal bozukluklara yatkınlığa neden olması sebebiyle önemli ruh sağlığı bozukluklarından biri olarak kabul görmektedir.

Anksiyete, bireyin tepki gösterdiği obje ya da durumun ne kadar belirgin ve olumsuz algılandığına göre seviyesini değiştirmektedir (231). Daha derine inildiğinde, sorunun asıl sebebi ile gözle görülen sebebi arasında oldukça fazla fark olduğu gözlenebilir. Kişiye göre içinde bulunulan durum iç sıkıntısı, rahatsızlık hissi ve bunaltı gibi ifadelerle açıklanırken bu sorunlar yaşamının değişik alanlarında baş göstermektedir (232).

Karşılaşılan zor durumlarda, anksiyetenin organizmayı koruyucu ve uyarıcı etkisi, baş etmeye yardımcı olmaktadır. Anksiyetenin bir bozukluk olarak kabul edilebilmesi için uyaran şiddetinin anksiyete ile zıt olması ve şiddetini arttırması gerekir. Ayrıca bu anksiyetenin, günlük hayattaki işlevselliği bozması gerekir. En önemli durum kontrol edilememesidir. Kişi bu durumu kontrol edemez, edecek enerjiye sahip olmadığını düşünür ve günlük yaşamındaki ilişkileri günden güne bozulur. Bu ilişkilerin bozulmasıyla beraber, aile hayatında ve iş hayatında birtakım bozulmalar oluşur. Kontrolün sağlanamadığı ve denetlenemeyen bu gibi durumlarda kişilerde fizyolojik olarak; mide ağrısı, baş ağrısı, ağız kuruluğu, kalp çarpıntısı gibi belirtiler oluşur. Bu belirtilerin aşırı olması ise hastalığa işarettir (233).

Anksiyete bozukluğu, psikopatolojik rahatsızlıklar içinde karşılaşılan en yaygın bozuklardan biridir ve kişilerin yaşamında işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (234). Kaygı hisseden bireylerin, anksiyete bozukluğu tanısı alabilmeleri ve patolojik olabilmeleri için, hissedilen kaygılı durumun normalin dışında olması ve bazı hastalarda ise ailevi ve iş hayatındaki işlevselliğin de bozulması gerekmektedir. Anksiyete bozuklukları psikonevrotik bozukluklar kategorisindedir. Nevrotik bozukluklar bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmadığı, antisosyal davranış bozukluğunun sergilenmediği ve

psikososyal stres faktörleriyle ilişkili olarak ortaya çıkan ruhsal bozukluklardır (192).

2.3.1. Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi ve Etyolojisi

Sık görülen ruhsal bozukluklardan olan anksiyete bozukluklarına ilgi son 20 yılda artmıştır. Kliniklerdeki konsültasyon ve tetkiklerin çok önemli bir kısmı anksiyete bozukluklarına bağlı ortaya çıkan bedensel belirtiler nedeniyle yapılmaktadır. Ekonomik yönden topluma maliyeti yüksektir. ABD’de direkt ve indirekt harcamaların yılda 42,3 milyar doları bulunduğu bildirilmiştir (235). Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır (%25), depresyon ise ikinci sırada yer alır (%17). NCS verilerine göre; yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2’dir. ECA verilerine göre tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6’dır (236).

Geniş örneklemelere dayalı anketlere göre nüfusun %33,7’si yaşamları boyunca bir anksiyete bozukluğundan etkilenmektedir. Panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobiler ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Kronik bir seyir izleyen anksiyete bozuklukları diğer anksiyete bozuklukları ve ruhsal bozukluklar ile yüksek bir komorbidite oranı göstermekte olup bu bozuklukların kadınlardaki yaygınlığı erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha fazladır (237). Anksiyete ile ilgili gözden geçirme çalışmalarının incelendiğinde anksiyete bozukluğu prevelansının yüksek heterojenliğine rağmen; kadınlarda (%4,5-11,0), ergenlerde ve genç yetişkinlerde (%3,7-9,3), yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerdeki bireylerde (%3,7-10,4) ve kronik hastalığı olan bireylerde (%1,4-70,0) yüksek anksiyete bozukluğu prevelansına ilişkin güçlü kanıtlar mevcuttur (238). Batı ülkelerindeki anksiyete bozukluğu yaşam boyu yaygınlık oranlarının %13,6 ile %28,8 arasında olduğunu ifade eden bir çalışmada, 10-25 yaş arasındaki bireylerin bu bozukluğun gelişimi açısından en yüksek risk grubunu oluşturduğu öne sürülmektedir (239). Anksiyete bozukluklarına ilişkin literatürün gözden geçirildiği başka bir çalışmada ise birleştirilmiş bir yıllık ve yaşam boyu yaygınlık oranları sırasıyla %10,6 ve %16,6 bulunmuştur (240). ABD’deki ulusal eştanı araştırması replikasyonu verilerine göre %18,1 olan on iki aylık prevelans oranı ve %28,8 olan yaşam boyu prevelans oranı ile anksiyete bozuklukları en yaygın görülen bozukluk kümesi olarak bulunmuştur (241).

Epidemiyolojik çalışmalar açısından bir diğer önemli konu da eştanıdır. Yaşam boyu eştanı oranı %30 ile %60 arasında değişmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile diğer psikiyatrik bozukluklar

arasındaki eşitlik oranları oldukça yüksektir (yaşam boyu eşitlik oranı YAB için %80, TSSB için %90). Anksiyete bozukluklarının (özellikle panik bozukluk, YAB ve agorafobi) birçok medikal hastalıkla (kardiyak, pulmoner, serebrovasküler, gastrointestinal, dermatolojik hastalıklar, diyabet) birlikte görülmesi epidemiyolojik araştırmalarda göz önünde tutulması gereken bir diğer noktadır (236).

Anksiyetenin etyolojisi konusunda literatürde farklı değerlendirmelerin olduğu görülmektedir. Anksiyete nedenleri bireyden bireye, toplumdan topluma farklılık gösterse de bu duygunun ortaya çıkmasına yol açan nedenler şöyle sıralanabilir (242):

- Desteğin kaybolması: Alışılan çevrenin ortadan kalkması, sosyal desteğin kaybolmasıdır. Örneğin yeni bir şehre taşınan kişilerin komşuları, akrabaları ve arkadaşlarından yoksun kalması gibi durumlar kaygı oluşturur.
- Olumsuz sonucu beklemek: Hazırlanılmayan bir sınava girme gibi durumların oluşturacağı, olumsuz bir sonuçla karşılaşılacağına ilişkin beklenti oluştuğunda yaşanmaktadır.
- İçsel çelişki yaşamak: İnanç geliştirilen, önemsenen bir düşünce ile sergilenen davranış birbiriyle çeliştiğinde, çelişkiyi giderecek bir çözüm yoluna ulaşınca kadar geçen süre içinde ortaya çıkmaktadır.
- Belirsizlik: Gelecekte ne olacağını bilememek insanlarda kaygı oluşturmaktadır.

Bir dizi kişisel faktör, insanların anksiyete bozukluğu geliştirmelerine zemin hazırlayabilir. Kişisel faktörler içerisinde anksiyeteye yönelik genetik yatkınlık, davranışsal olarak inhibe olmuş (engellenmiş) mizaç, tehdit odaklı bilişsel önyargılar, güvensiz bağlanma ve nörotisizm, içedönüklük, düşük özdenetim ile hareket etme, anksiyete duyarlılığı, olumsuz değerlendirilme korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik, düşünce-eylem kaynaşması (düşünce-eylem füzyonu), aleksitimi gibi özellikler sayılabilir (243).

Cinsiyet ve anksiyete ilişkisine değinilecek olursa, kadınların erkeklere oranla patolojik anksiyete yaşantılarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (244, 245, 246). Bunun nedeni kesin bir şekilde bilinmemekle birlikte etki eden birçok değişken vardır. Genetik faktörler, kadınların negatif duygulanım ve sürekli kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olması, cinsel istismar gibi bazı travmatik olayları yaşama risklerinin daha fazla olması (247), problem odaklı başa çıkmadan ziyade genellikle duygu odaklı başa çıkmayı kullanmaları (248), erkeklere oranla daha düşük bir özyeterlik sergilemeleri, adet döngüsü ve gebelik gibi özel durumlarındaki hormonal

değişiklikler bu değişkenlere örnek verilebilir (249).

Çevresel faktörler kategorisinde ise ailesel faktörler ve sosyoekonomik düzeyden (SED) bahsedilebilir. Anne-babanın ebeveynlik stili ve çocuk yetiştirme tarzı ile çocuğun anksiyete geliştirmesi ilişkili olabilmektedir (250). Kontrolcü, eleştirelliği benimsemiş ve tehdit odaklı bir aile kültürünü teşvik eden kaygılı ebeveynlerden oluşmuş stres verici bir aile ortamında veya aile içi şiddet ya da çocuk istismarı ile karakterize bir ailede yetişmek bireyin anksiyete bozukluğu geliştirmesine zemin hazırlayabilir. Çocuk tehdit odaklı inanç sistemlerini ve kaçınmaya dönük başa çıkma becerilerini benimseyen aile üyeleriyle etkileşimde bulundukça kendisi de tehdide duyarlı hale gelir ve kaçınmaya dönük başa çıkma tarzları geliştirir. Bu da bireyin anksiyetesini devam ettirmesiyle sonuçlanır (243). Erken yaşlarda travmatik olaylara maruz kalan çocuklar, depresyon ve anksiyete bozukluğunun gelişimi açısından önemli bir risk altındadır. Bu yaşam dönemlerinde maruz kalınan stres, bireyin nörobiyolojisinde birtakım değişikliklere yol açarak psikopatolojiye yatkınlığını arttırmaktadır (251).

Düşük SED’de yüksek anksiyete belirtileri ile ilişkili olabilmektedir (252). Yüksek ve orta SED’e sahip ebeveynde anksiyete bozukluğunun olması, çocukta da bu bozukluğun ortaya çıkması açısından yüksek bir risk oluşturmazken; durum anksiyete bozukluğu olan ve düşük SED’e sahip ebeveynin çocuğu için farklıdır. İkinci tabloda yer alan bir çocuğun anksiyete bozukluğu geliştirmesinde düşük SED güçlü bir etkiye sahiptir (253). Yoksulluğa bağlı stres ile anksiyöz/depresif belirtiler ve sosyal problemler arasında doğrudan bir ilişki vardır (254). Düşük SED’e sahip bireyler stresli yaşam olaylarına daha fazla maruz kalmaktadır (255). Ekonomik problemlerinden dolayı temel ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılayamaması, sağlık hizmetlerinden sınırlı düzeyde yararlanması, iş yükünün fazla olması, nitelikli boş zaman etkinliklerine ve sosyal faaliyetlere zaman ve bütçe ayıramaması gibi faktörler bireyin yeni stres kaynaklarıyla karşı karşıya kalmasına ve tükenmişliğine yol açabilmektedir. Bütün bunlar da anksiyetenin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Anksiyetenin bireyin kendi özelliklerinden kaynaklanan ya da içinde yaşadığı çevresinin özelliklerinden kaynaklanan sebeplere bağlı olarak ortaya çıktığı söylenebilir.

2.3.2. Anksiyete Bozuklukları Tanısı ve Sınıflandırılması

Anksiyete bozukluklarının genel ve en göze çarpan özelliği bireyi işlevsizleştiren seviyedeki gerçek dışı kaygı veya korkulardır. DSM-V’e göre anksiyete bozukluğu tanı kriterleri şunlardır (92);

- A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde bir takım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder. (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur)
1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
 2. Kolay yorulma.
 3. Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması.
 4. Kolay kızma.
 5. Kas gerginliği.
 6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM-V sınıflamasında anksiyete bozuklukları adı altında; ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğu tanı kategorilerine yer verilmiştir (92).

Ayrırcı tanıda; Panik Bozukluk, Depresif Bozukluk, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Hipertiroidi, Kalp ve Akciğer Patolojileri, Ritim Bozukluğu, Mitral Kapak Prolapsusu, Feokromasitoma gibi rahatsızlıklar düşünülmelidir (92).

2.3.3. Anksiyete Bozuklukları Tedavisi

Tedavide farmakolojik ve psikolojik yöntemler en önemli unsurlardır. İlaç kullanımı ile birlikte psikolojik tedavi yöntemlerinden faydalanılması da problemin ortadan kaldırılabilmesi adına oldukça önemlidir.

Farmakolojik tedavide, genellikle benzodiazepin türevi ilaçlar kullanılır. Çarpıntı,

titreme gibi anksiyetenin otonomik belirtilerinde beta blokörler etkili ilaçlardandır. SSRI ve SNRI türevi antidepresanlar, trisiklik antidepresanlar, antiepileptikler, buspiron da tedavi için kullanılan ilaç kategorisindedir. Anksiyete bozukluğunda ilaç kullanımı belirli durumlarda yapılmaktadır. Her anksiyete bozukluğu yaşayan kişiye ilaç verilmemektedir. Günlük işlevselliğin yitirilmesi ve problemle başa çıkma becerileri düşük olan kişilerin ilaç kullanımı sağlanmaktadır. İlaç kullanıp bırakan kişilerin, %25'lik kesiminde 1 ay sonra anksiyete tekrar ortaya çıkarken; yarısından fazlasında ise bir sene içerisinde anksiyetenin tekrarlandığı tespit edilmiştir (256).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde sadece ilaç kullanımı olmamaktadır. İlaç kullanımı ile birlikte psikolojik tedavi yöntemlerinden faydalanılması da problemin ortadan kaldırılabilmesi adına oldukça önemlidir. Orta düzeyde anksiyete bozukluğu yaşayan bireylere, problemin çözümünde sadece psikolojik tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir. Anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri şu şekildedir (256):

- **Bilişsel Davranışçı Terapi:** Bu terapi yönteminde asıl amaç anksiyeteyi ortadan kaldırmaktır. Terapinin içeriğinde ise gevşeme egzersizleri, benlik eğitimi, bilişsel yapılanma, psikolojik eğitim ve yüzleşme çalışmaları bulunmaktadır.
- **Destekleyici Psikoterapi:** Bu terapi yönteminde anksiyeteye birlikte kişide oluşan ruhsal durumun düzeltilmesi için problemlili durumların ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Destekleyici psikoterapi, benlik algısının güçlendirilmesi, uyum düzeyinin artırılması, yaşamın her alanındaki işlevselliğin korunması ve danışanın hedeflerine ulaşmasına yardımcı olunmasını kapsamaktadır.
- **Dinamik Psikoterapi:** Bu terapi yöntemi danışanın daha aktif olduğu ve bireyin kendisiyle çalışmasının daha önemli olduğu bir terapi çeşididir. Yaşanan işlevsizliğin oluşturduğu olumsuz ilişkileri ve uyum problemleri üzerinden yaşanan olumsuz durumun kaldırılmasını kapsamaktadır.

Anksiyetenin tedavisinde duygusal düzenlemelerin yapılabilmesi, anksiyeteyi ortaya çıkaran belirsizliğin giderilmesinde büyük önem taşımaktadır. Böylelikle bireyler, şimdiki zamana odaklanabilecekler ve olumsuz duygu-düşüncelerden uzak duracaklardır (257). Anksiyete bozukluğu olan kişiler üzerinde, psikolojik tedaviyle beraber ilaç tedavisinin beraber yürütülmesi çok önemlidir. Başarı hedefleniyorsa eğer, bu şekilde sağlanabilir.

2.3.4. Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete Bozuklukları

Üniversite eğitimi almak adına birçok öğrencinin hayatlarında belki de ilk defa ailelerinden ayrılmaları, alışmış oldukları yaşam tarzından farklı bir yaşamın içine girmeleri bu öğrenciler açısından ciddi bir değişikliktir. Yeni bir yaşam biçimlendirmeye çalışan öğrenci, yaşam tarzı ve üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler oluşturmaya neden olacak birçok duygu yoğunluğunu da aynı anda yaşayabilmektedir. Öğrenci, özellikle kendisinde de yeni oturmaya başlayan kişilik özellikleriyle birlikte alışmış olduğu düzeninden kopuşu, ailesinden uzaklaşması, eski arkadaşlarından ayrı kalması gibi yaşadığı somut değişiklikler yeni yerleştiği mekanda, yeni ilişkilerinde uyum sorunları oluşturmaktadır. Ayrıca uyum sürecinde problem çözme becerileri geliştiremeyebilir, bu yeni durumla baş etmeyi çabuk öğrenemeyebilir ve kendini yalnız hissedebilir. Öğrencinin yaşadığı uyum sorununun uzun sürmesi, ortaya çıkan olumsuz yaşantıların sürekliliğine ve daha ağır duygusal sıkıntılara dönüşmesine neden olabilmektedir ayrıca yapılan araştırmalar göstermiştir ki; insanın hayatında yaşadığı sorunlar ve olumsuzluklar, eğer zamanında müdahale edilmezse tekrar ortaya çıkma eğilimindedirler. Örneğin anksiyetenin ortaya çıkmasına sebep olan faktörlerden biri karşılanmamış gereksinimler; fizyolojik gereksinimler, güvenlik, ait olma, sevgi, benlik saygısı, kendini gerçekleştirme gereksinimleridir. Yeni bir ilde yeni bir hayata atılan üniversite öğrencisinin yaşadığı en büyük sıkıntılar eğer zamanında mücadele edilmez ise anksiyete başlangıcına sebebiyet verebilmektedir. Çünkü ihtiyacı olan güvenlik, ait olma gibi duygularını alışmaya çalıştığı bir mekanda karşılayamadıkları gözlemlenmiştir (258).

Araştırmalarda gözlenen ortak sonuçlara göre, gençlerin en çok yaşadığı anksiyete alanları; “gelecek anksiyetesi”, “serbest zamanları değerlendirebilme anksiyetesi”, “okul çalışmalarına uyum anksiyetesi”, “kişisel ve psikolojik ilişkilerle ilgili anksiyetesi” şeklinde sınıflandırılmıştır (258).

Üniversite öğrencileri, yaşamlarının en önemli dönemlerinden birindedirler. Bu yıllarda, gençlerin kaygılarının ve kaygı belirtilerin oldukça fazla olduğu tespit edilmiştir (215). Öğrencilerin mezuniyetleri, iş ya da işsizlik hayatının başlangıcı demektir. İş seçimi, gerçek hayatta rolünü almasına yönelik planlar, yaşadığı arkadaşlıklar, iş bulamama korkusu ve çeşitli sorumluluklar kişide kaygı yaratıcı etmenlerden bazıları olarak görülebilmektedir (259).

Üniversite öğrencilerin kaygı düzeyleri çeşitli problem alanlarından etkilenmektedir. Okul, gelecek, ev-aile, arkadaşlık, iç-yaşam ve sağlıkla ilgili problemleri yüksek olan üniversite öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı puanlarının ortalamaları

da yüksek çıkmıştır (260). Amerikan Üniversiteleri'nde yapılan araştırmalar, kaygı düzeyi yüksek üniversite öğrencilerinin derslerinde daha az başarılı olduklarını, kaygı düzeyi azaldıkça derslerdeki başarısının arttığını göstermektedir (261).

2.3.5. Anksiyete ve Yeme Bozukluğu İlişkisi

Yeme bozuklukları yüksek oranda psikiyatrik rahatsızlıklar ile ilişkilendirilmiştir. Yeme bozukluğu olan kadın katılımcıların %81,9'unun en az bir Eksen I komorbiditesine sahip olduğu ve depresyon, endişe ve madde kötüye kullanımının yaygın olduğu bildirilmiştir (262). Yeme bozukluğu olan hastaların %69'u en az bir kişilik bozukluğu için kriterleri karşılamış olup komorbiditenin olması, yeme bozukluklarının formülasyonunu ve tedavisini olduğundan daha da zorlu bir sürece iteceğinden dolayı prevalansları hakkında daha ayrıntılı bilgi edinilmesi için klinik bir ihtiyacı olduğu görülmektedir (98).

Depresyon en sık görülen komorbid hastalık olarak biliniyor olsa da yeme bozukluğu hastalarında anksiyete ve öfke, depresyondan daha fazla görülmektedir. Ayrıca endişenin, kusma, müshil kullanımı ve yemenin kısıtlanması gibi bozulmuş yeme davranışlarıyla da ilişkisi olduğu görülmektedir (262, 263, 264).

2.4. Dürtüsellik

Davranışsal, bilişsel ve nörofizyolojik bileşenleri içinde barındıran karmaşık bir kavram olarak düşünülmektedir (265). Dürtüsellik tanımları “yetersiz olarak tasarlanmış, zamanından önce beliren riskli veya duruma uygun olmayan ve çoğu zaman istenmeyen sonuçlara sebep olan davranışlar” şeklinde tanımlanmaktadır (266). Riskli davranışları içeren dürtüsellik kavramında kişinin davranışı gerçekleştirdikten sonra rahatsız olması durumu bulunmaktadır. Bununla birlikte dürtüsellik, düşünmeden davranma, bilgisiz ve ihtiyatsız bir şekilde hareket etme, bilinçli yargı veya çoğu insanda eşit bulunan sağduyudan yoksun eylem meydana getirme gibi tanımları bulunmaktadır (267). Dürtüsellik; bireylerde sabırsızlık, heyecan, haz arama, travmanın beklenenden az hissedilmesi, risk alma, dikkatsizlik ve dışa dönüklük biçimlerinde de gözlemlenebileceği vurgulanmıştır (268).

Dürtüsellik, sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, dikkat çekme çabası ve zevk arayışı gibi ölçülebilir bir davranış özelliği bulunmaktadır (268). Bununla birlikte, dürtüsellik nasıl oluştuğuyla ilgili yapılan çalışmalar sonucunda dürtüsellik üç boyutlu olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu boyutlar şu şekilde ifade edilmektedir:

- Kişiler davranışın sonucunu kestirememekte ve olumsuz sonuç ortaya çıkabileceğini düşünmemektedirler. Bilişsel yetilerini kullanamamaktadırlar.

- Kişiler plansız, risk değerlendirmesiz direkt olarak eyleme geçmektedirler. Otonom tepkileri geciktirememektedirler.

- Kişiler, tüm bu anlatılanlara bağlı olarak davranışın sonucunda neler olabileceğini değerlendirememektedirler.

Dürtüsellığı bu üç boyutu çerçevesinde kişilerin düşüncesiz ve dikkatsiz bir şekilde eyleme geçtikleri söylenebilmektedir. Bu kişiler meydana getirecekleri davranışın çevrelerine veya başka kişilere zararını düşünmemektedirler. Kendilerini kontrol edemedikleri için direkt eyleme geçmektedirler (265, 269).

Sonuç olarak kişilerin bir anda herhangi bir değerlendirme yapmadan içinde geldiği gibi davranmaları dürtüsellik olarak ifade edilebilmektedir. Bu kişilerde bilişsel yetiyi kullanma zayıflığı görülmektedir. Herhangi bir plana bağlı kalamamakta ve risk değerlendirmesi yapamamaktadırlar (270).

Dürtüsellik seviyesinin belirlenmesinde genetiğin önemli rol oynadığı bildirilmiştir (271). Dürtüsellığın genetik aktarımında serotonin ve dopaminin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (272). Kişiler arasında dürtüsellik bakımından ortaya çıkan farkların mizaç ya da genetik, farmakojik ve nöral etmenlerin çevresel deneyimlerle etkileşim yaşamasının sonucunda ortaya çıktığını öne sürmektedir (273).

2.4.1. Dürtüsellığın Süreçleri

- Tepki Ketleme/Yanıt Engelleme: Bireylerin uygunsuz bir anda erken tepki vermeleri veya vermeleri gereken cevabı ertelemeleri dürtüsellik sürecinde tepki ketleme/yanıt engelleme şeklinde ifade edilmektedir. Dürtüsellik davranış bilimleri için bir inhibitör mekanizması olarak görülmektedir. Bireylerin yiyecek, cinsellik veya arzu edilen diğer kazançlar için dürtüleri içsel ve dışsal olarak bu mekanizma ile aktif edilmektedir. Hızlı yanıtların ve reflekslerin baskılanmaları bu inhibitör mekanizması sayesinde olmaktadır. Ayrıca daha yavaş olan bilişsel mekanizmalar davranışı yönlendirmektedirler (274).
- İnhibisyon Denetimi: İnhibisyon denetimi açık ve örtük yanıt bastırmayla ilgili bir kavram olarak bilinmektedir. Bu kavramın ifade edildiği yürütücü inhibisyon kavramı ise harekete geçme kontrolü, bilişsel ve davranışsal inhibisyon içermektedir (274).
- Risk Alma: Bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmek ve kendilerini geliştirebilmeleri için risk almaları gerekmektedir. Buna karşın yüksek risk davranışlarının sonuçları olumsuz olabilmektedir. Özbildirim ve özdenetim ölçekleri ile risk alma davranışının değerlendirmesi yapılmaktadır (274).
- Karar Verme: Bir olay veya durum karşısında bir tercihte bulunma karar verme süreci

olarak belirtilmektedir. Ayrıca bu süreçte eylem seçimi, eylemi düzenleme, eylemi uygulama ve eylemin sonuçlarını değerlendirme de bulunmaktadır. Karar verme sürecinde duyguları işlemenin etkisi nörogörüntüleme çalışmalarıyla ortaya koyulmuştur. Ayrıca karar vermenin belirsizlik, yüksek risk gibi durumlarda çoklu prefrontal, parietal, limbik ve subkortikal bölgeleri içeren subkortikal-kortikal şebeke ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (274).

2.4.2. Dürtüsellik ve Psikiyatrik Bozukluklar

Dürtüsellikte altta yatan farklı mekanizmalara bağlı olarak farklı psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösterdiğine dikkat çekilmiştir (270). Örneğin, frontal lob hasarı aynı zamanda dikkat ve planlamayı da etkiler ve kişilik bozukluklarına yol açar. Yine motor aktivite artışı manik atakda görülür ve anahtar bulgusudur. Bu nedenlerle dürtüsellik birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın ana bileşenidir. Bunlar arasında; borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları gibi B kümesi kişilik bozuklukları, inhibisyonun kaybolduğu davranışlarla karakterize nörolojik hastalıklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları, tıknırcasına yeme, bulimia ve parafililer gibi bozukluklar yer almaktadır. Davranışsal inhibisyonun kaybıyla ilişkili bu bozukluklar ile dürtüsellik arasında bağlantı kurulabilir (275).

2.4.3. Dürtüsellik ve Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, dürtüsellikle birlikte görülebildiği için çalışmalar bu ilişkiyi araştırmıştır. BN ve AN'nın tıknırcasına yeme tipinde aile öyküsünde madde kullanım bozukluğu ve özkıyım dürtüsel durumlar saptanmıştır. Dürtüsellik yeme bozukluklarının prognozunu kötü etkilemektedir (276). BN'da birçok etkenin arasında dürtüsellikte de etkili olan beyin serotonin düzeylerinde değişikliklerinin rol oynadığına yönelik güçlü bulgular vardır (277).

TYB ise bir bireyin aynı zaman diliminde ve aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği kısa bir süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışını dizginleyemediği ve aşırı miktarlarda yemek yeme davranışının tekrar ettiği bir yeme bozukluğudur (278). TYB'nin BN ile ayırıcı tanısında da dürtüsellik önemlidir. Tıknırcasına yemesi olan kişilerde dürtüsellik ve bağımlılık gibi kişilik özelliklerinin daha sık rastlandığına dikkat çekilmiştir (279).

Yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında da korelasyon gösterilmiştir. Son yıllarda yapılan bir çalışmaya göre, obez ve TYB olan bireyler arasında Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği'ne göre yeme bağımlılığı kriterlerini karşılayanların, karşılamayanlara göre daha

dürtüsel olduğu saptanmıştır ve dürtüsellik, yeme bağımlılığı ve BKİ'nin karşılaştırıldığı bu çalışmada dürtüsellik ile yeme bağımlılığı ve BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (280).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma projesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Etik Kurulu tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 01/08/2019 tarihinde onaylanmıştır. Çalışmanın proje numarası KA19/243 olarak belirlenmiştir.

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağlıca Kampüsü ve Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi'nde Ağustos 2019-Mart 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kesitsel tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir anket çalışmasıdır.

3.3. Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Tekniği

Araştırmaya Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2019-2020 eğitim döneminde öğrenim gören dönem 1, 2, 3, 4, 5, 6 öğrencilerinin tamamı dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenci olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmektir. Araştırmadan dışlama kriteri yoktur. Araştırma süresince Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 106 dönem 1, 106 dönem 2, 95 dönem 3, 82 dönem 4, 84 dönem 5, 115 dönem 6 öğrencisi olmak üzere toplamda 588 tıp fakültesi öğrencisine ulaşılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aşaması

Araştırma süresinde üniversite medikososyal merkezi, sınıflar, kafeteryalar, sosyal alanlar ve hastanede tıp fakültesi öğrencilerine ulaşılmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Araştırma kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden, 588 katılımcıya araştırma sahibi araştırma görevlisi tarafından 134 soruluk anket formu dağıtılmıştır. Öngörülen 20 dakikalık doldurma süresince gözlenip, anlaşılmayan kısımlar açıklanarak, tamamlanan anket formları toplanmıştır. Uygulanan toplam 588 anket formundan eksik doldurulan anket olmamıştır. Araştırmaya 588 katılımcı dahil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları ve Sorular

Araştırmada yeme tutumu ile depresyon, anksiyete ve dürsellik arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve etkileyen faktörleri incelemek için literatürdeki bilgiler yardımı ile Aile

Hekimliği Anabilim Dalı akademisyenlerinin de görüşleri alınarak oluşturulan 37 soruluk anket formu ile beraber 40 sorudan oluşan Yeme Tutumu Testi-40(YTT-40), 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ) ve 15 sorudan oluşan Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11-Kısa Form (BIS-11) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Oluşturulan anket formunda 15 soru sosyodemografik bilgileri, 10 soru beslenme ve spor yapma durumu, 6 soru hastalık durumunu, 4 soru sigara/alkol kullanma durumunu, 2 soru riskli davranış durumunu sorgulamaktadır.

Demografik bilgilerinde katılımcının kaçınıcı sınıfta olduğu, yaşı, cinsiyeti, uyuğu, medeni durumu, mezun olduğu lise, anne ve babasının medeni durumları-egitim durumları-çalışma durumları, ailesinin aylık geliri, nerede yaşadığı, burs alma durumu ve sağlık güvencesi sorgulanmıştır.

Beslenme ve spor yapma durumu sorgulamasında, belirttiği boy ve kilosuna göre BKİ hesaplanmış ve kilo problemi ile farkındalığı ölçülmüş, diyet programı uygulayıp uygulamadığı, diyet yapma nedeninin ne olduğu, egzersiz yapıp yapmadığı, egzersiz yapıyorsa haftada kaç gün, ne kadar süre yaptığı, günde kaç öğün beslendiği, ana ve ara öğünleri düzenli alıp almadığı sorgulanmıştır.

Hastalık durumunun sorgulandığı bölümde sağlığı ile ilgili düşüncesi, tanı konulmuş bir hastalığı olup olmadığı ve var ise ne olduğu, tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığı olup olmadığı ve var ise tedavi durumu sorgulanmıştır.

Riskli davranışlardan emniyet kemeri kullanımı ve hız sınırına dikkat etme durumu, alışkanlıklardan sigara içme ve alkol kullanma durumu sorgulanmıştır.

3.5.1. Yeme Tutumu Testi-40 (YTT-40)

Yeme tutumu ölçeği Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiş olan ve bireylerin yeme tutumlarında bulunan normal olmayan durumları değerlendirmek için oluşturulmuş bir testtir (281). Kullanımı basit olan ve puanlanması birçok ülkede ve bizim ülkemizde yapılan çalışmalarda sık sık başvurulmuş bir ölçektir. Yeme tutumu testi klinik düzeyde bozuk yeme davranışı ile ilgili yatkınlığı ve tutumu belirlemektedir. Ölçek 0 (daima) ile 5 (hiçbir zaman) arasında değerlendirilen 6'lı Likert tipinde toplam 40 maddeden ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan alt boyutlar: yiyecek ile aşırı uğraş, inceliğe-zayıflığa ilişkin beden imgesi, kusma ve laksatif kullanımı, rejim yapma, yavaş yeme örüntüsü, gizli/el altından yeme ve kilo almak için yapılan sosyal baskıların algılanmasıdır.

YTT-40'ın Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından

yapılmıştır (282). Yapılan faktör analizi sonucunda 4 faktör tespit edilmiştir: “şişmanlık kaygısı- şişmanlıkla aşırı uğraş, diyet-rejim, sosyal baskı, zayıflıkla aşırı uğraş”. Yapılan güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.70 ve test-tekrar teste yönelik güvenirlik katsayısı ise 0.65 olarak tespit edilmiş.

Test 40 sorudan oluşmakta, cevaplar “daima-hiçbir zaman” şeklinde altı basamaklı Likert formunda değerlendirilmektedir. Maddelerden 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima 3 puan, çok sık 2 puan ve sık sık 1 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanır. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir. YTT-40 için kesme değeri 30 puandır. 30 puan ve üzerinde alan kişiler yeme bozukluğu bulunma riski yüksek kişiler olarak değerlendirilmektedir. Testten en fazla 120 puan alınabilmektedir (283).

3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck depresyon envanteri, depresyonun duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyonel belirtilerini ölçmeye yönelik Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh tarafından geliştirilmiştir (284). Beck Depresyon Envanteri’nin türkçe formunun Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir (285). Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.80, iki yarım test güvenirlik katsayısı 0.74, geçerlik katsayısı ise 0.47 ile 0.63 arasında bulunmuştur.

Ölçek 0, 1, 2, 3 şeklinde numaralanarak dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan toplam 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. “0” numaralı cümle o maddede belirtilen depresif duygu ya da durumun olmadığını ifade edecek şekilde, numara arttıkça daha yoğun yaşandığını gösterecek şekildedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 puan arasında değişmekte ve ölçekten alınan puanın artmasına bağlı olarak depresyon düzeyi de artmaktadır. Buna göre; 0-9 puan arası depresyon olmadığını, 10-16 puan hafif derecede depresyonu, 17-29 orta düzey depresyon, 30 ve üstü ise şiddetli depresyonu göstermektedir.

Bu çalışmada kullanılma amacı depresif semptomları ölçmek için kullanılan en yaygın ölçek olmasının yanı sıra yeme bozuklukları alanındaki araştırmalarda da en sık kullanılan ölçek olmasıdır.

3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Envanteri bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetinin ve sıklığının belirlenmesi amacıyla Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilmiştir (286).

Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları; Ulusoy, Şahin ve Erkmen tarafından yapılmıştır (287). Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0.93, test tekrar test güvenirliği ise 0.75 olarak bulunmuştur.

Toplam 21 maddeden oluşan ölçek 0-3 arası Likert tipi puanlanan; hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Ölçekte belirtilerin işaretlenmesinde 0 “hiç yok”, 1 “hafif düzeyde”, 2 “orta düzeyde”, 3 “şiddetli düzeyde”, anlamını ifade etmektedir. Puan Aralığı 0-63 'tür. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Buna göre 0-15 minimal anksiyete(anksiyete yok), 16-22 hafif anksiyete, 23-42 orta düzeyde anksiyete, 43-63 şiddetli anksiyete olarak değerlendirilmektedir.

3.5.4. Barratt Dürtüsellik(İmpulsivite) Ölçeği 11-Kısa Form (BIS-11)

Patton ve Barratt tarafından geliştirilen dürtüsellik görünümü değerlendiren 15 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (270).

BIS-11 ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Güleç ve arkadaşları, yapmışlardır (288). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayıları alt boyutlar arasında 0.79 ile 0.84 arasında saptanmıştır.

Plan Yapmama (PY), Motor Dürtüsellik (MD), Dikkatte Dürtüsellik (DD) şeklinde, güvenirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Maddeler 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde 4'lü Likert ölçeği ile değerlendirilir. Bireyin kendisinden yanıt olarak bu maddelerden en uygun olanını işaretlemesi istenir.

BIS-11'in değerlendirilme safhasında dört farklı puan türü; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik puanı elde edilir. Nihayetinde kişinin ölçeklendirme testinde BIS-11 puanı ne kadar yüksekse; dürtüsel eylemlilik düzeyi o kadar yüksektir. Kişinin dikkat ölçeklendirme puanının yüksekliği, dikkatsiz davranışlarda bulunulduğunu ve hızlı kararlar verdiğini, motor alt ölçeğinin puanlanmasındaki yüksekliği motor eylemlerdeki artışı ve kişinin düşünmeden eylemlerde bulunduğunu, plan yapmama puanının yüksekliği ise kişinin hayatını planlamasındaki istikrarsızlık ve plan yapamama davranışının yüksekliğini göstermektedir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows Version 24.0 (SPSS Inc. Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına girilerek değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca(minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Pearson Ki-Kare Testi, Fisher’in Kesin Testi ve Genelleştirilmiş Fisher (Fisher-Freeman-Halton) testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler ($n \geq 50$ ise Kolmogorov-Smirnov Testi, $n < 50$ ise Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasında istatistiksel anlamlılıklarda MannWhitney U Testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Gruplar arası ortalama farkları Student t-testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Süresi

Araştırmanın aşamalarına göre geçen süreler ve çalışma takvimi Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4.Çalışma Takvimi

	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim
PLANLAMA AŞAMASI																	
Literatür Tarama																	
Araştırma Önerisinin Hazırlanması																	
Araştırma Projesinin Verilmesi																	
UYGULAMA AŞAMASI																	
Verilerin Toplanması																	
Verilerin Bilgisayara Aktarılması																	
ANALİZ AŞAMASI																	
Verilerin Analizi (Tablo/Grafiklerin Oluşturulması)																	
Verilerin Yorumu																	
RAPOR AŞAMASI																	
Tez Raporunun Hazırlanması																	
Tez Raporunun Sunulması																	

4. BULGULAR

Tıp Fakültesi öğrencilerinde yeme tutumu ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmaya Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan 588 öğrenci dahil edilmiştir. 588 öğrencinin 106'sı dönem 1, 106'sı dönem 2, 95'i dönem 3, 82'si dönem 4, 84'ü dönem 5, 115'i dönem 6'da okuyan öğrencilerden oluşmaktadır.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Toplam 588 öğrencinin %34,5 (n=203) erkek, %65,5 (n=385) kadın öğrencilerden oluşmaktadır. Dönemlere göre cinsiyet dağılımına baktığımızda hepsinde kadın öğrencilerin çoğunlukta (%57-77) olduğu görülmektedir (Tablo 5). Öğrencilerin %99,3'ü (n=584) bekar, %0,7'si (n=4) evlidir. Evli olan öğrenciler dönem 1, 4, 5 ve 6'ya (n=1) eşit dağılmışlardır (Tablo 5). Araştırmaya katılan 588 öğrencinin %94,9'u (n=558) T.C. uyruklu olup, %5,1'i (n=30) ise T.C uyruklu değildir.

Toplam 588 öğrencinin yaş ortalaması ($21,2 \pm 2,3$) olup erkek öğrencilerin yaş ortalaması ($21,2 \pm 2,6$), kadın öğrencilerin yaş ortalaması ($21,1 \pm 2,1$) olarak bulunmuştur. Bunlardan dönem 1'de okuyan öğrencilerin yaş ortalaması ($18,5 \pm 1,3$), dönem 2'de okuyan öğrencilerin yaş ortalaması ($19,6 \pm 1,5$), dönem 3'de okuyan öğrencilerin yaş ortalaması ($20,7 \pm 1,0$), dönem 4'de okuyan öğrencilerin yaş ortalaması ($21,6 \pm 0,9$), dönem 5'de okuyan öğrencilerin yaş ortalaması ($22,7 \pm 0,9$), dönem 6'da okuyan öğrencilerin yaş ortalaması ise ($23,9 \pm 1,3$) olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların %2,6'sı (n=15) lise/meslek lisesi, %32'si (n=188) anadolu lisesi, %17,2'si (n=101) fen lisesi ve %48,3'ü (n=284) özel liseden mezun olmuştur. Özel liseden mezun olanların çoğunluğu dönem 1 ve 2'ye (sırasıyla %63,2 ve %62,3) dağılırken, anadolu lisesinden mezun olanların çoğunluğu dönem 5 ve 6'ya (sırasıyla %48,8 ve %53,0) dağılmışlardır (Tablo 5).

Katılımcıların %62,6'sı (n=368) ailesi ile birlikte, %15,1'i (n=89) arkadaşla/arkadaşlarıyla/yurtta ve %22,3'i (n=131) evde yalnız yaşamaktadır. Dönemlere göre baktığımızda, aile ile yaşama (sırasıyla %68,9 ve %50,4) oranının dönem 1'den dönem 6'ya geçişte azalmasına karşılık, evde yalnız yaşama (sırasıyla %10,4 ve %36,5) oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı görülmektedir ($p < 0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %26,4'ü (n=155) burs almakta iken, %73,6'sı (n=433) ücretli okumaktadır. Burs alan öğrencilerin oranı en yüksek (%33,3) dönem 5'de iken, en düşük oran ise (%19,5) dönem 4'de görülmüştür (Tablo 5).

Öğrencilerin sağlık güvencesi sorgulandığında; %96,8'i (n=569) sağlık güvencesinin olduğunu, %3,2'si ise sağlık güvencesi olmadığını belirtmişlerdir. Sağlık güvencesi olanlar içerisinde %77,6'sının (n=456) Sgk ya da Emekli sandığı, %19,2'sinin (n=113) ise özel sağlık sigortası mevcuttur. Sağlık güvencesi olan öğrencilerin oranı tüm dönemlerde, olmayanlara göre daha yüksek (%95,1 ile %98,3 arasında) bulunmuştur ve en yüksek oran (%98,3) dönem 6'da çıkmıştır (Tablo 5).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %86,9'unun (n=511) anne babası evli, %10,4'ünün (n=61) anne babası boşanmış, %2,7'sinin (n=16) ise anne veya babası duldur. Anne babası evli olanların oranı en yüksek dönem 2 (%91,5) ve dönem 3'de (%90,5) görülürken, anne babası boşanmış olanların oranı en yüksek dönem 5 (%14,3) ve dönem 6'da (%12,2), anne babası dul olanların oranı ise en yüksek dönem 1 (%5,7) ve dönem 6'da (%3,5) görülmüştür (Tablo 5).

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumu sorgulandığında; %1,9'unun (n=11) ilkokul mezunu, %1,7'sinin (n=10) ortaokul mezunu, %9'unun (n=53) lise mezunu, %63,6'sının (n=374) üniversite mezunu, %23,8'inin (n=140) ise lisansüstü mezunu olduğu öğrenilmiştir. Dönemlere göre baktığımızda, üniversite ve üzerinde eğitimi olanların oranı bütün dönemlerde yüksek (%84,4 ile 91,5 arasında) bulunmuştur. Katılımcıların babalarının eğitim durumu sorgulandığında; %0,5'inin (n=3) ilkokul mezunu, %0,7'sinin (n=4) ortaokul mezunu, %9'unun (n=53) lise mezunu, %63,6'sının (n=374) üniversite mezunu, %23,8'inin (n=140) ise lisansüstü mezunu olduğu öğrenilmiştir. Dönemlere göre baktığımızda, üniversite ve üzerinde eğitimi olanların oranı bütün dönemlerde yüksek (%83,5 ile 96,3 arasında) bulunmuştur (Tablo 5).

Katılımcıların annelerinin çalışma durumuna baktığımızda, ev hanımı olanlar %17,5 (n=103), annesi çalışanlar %77,7 (n=457), emekli olanlar %17,9 (n=105), geçmişte çalışıp şu anda çalışmayanlar %4,4 (n=26)'dir. Tüm dönemlerde çalışan anne oranı diğerlerine göre yüksek (%67,9 ile %52,2 arasında) bulunmuştur. Dönemlere baktığımızda annesi çalışanların oranı en yüksek dönem 1 (%67,9) sınıfındadır. Annesi çalışanların meslekleri sorgulandığında ise en çok görülen meslek grupları öğretmenlik (%16,3) (n=96) ve doktorluk (%13,6) (n=80) mesleğidir (Tablo 5). Öğrencilerin babalarının çalışma durumuna baktığımızda, babası çalışanlar %58,0 (n=341), emekli olanlar %21,3 (n=125), geçmişte çalışıp şu anda çalışmayanlar %3,2 (n=19)'dir. Tüm dönemlerde çalışan baba oranı (%72,2 ile %85,8 arasında) diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Dönemlere baktığımızda babası çalışanların oranı en yüksek dönem 2'dedir (%85,8). Babası çalışanların meslekleri sorgulandığında ise en çok görülen meslek grubu doktorluk (%26,4)

(n=155) mesleğidir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerinin gelir durumu sorgulandığında, 3001-5000 tl arasında geliri olanlar %5,3 (n=31), 5001-8000 tl arasında geliri olanlar %19,0 (n=112), 8001 tl ve üzerinde geliri olanlar %75,5 (n=444)'tür. Tüm dönemlerde 8001 ve üzeri geliri olanların oranı (%71,6 ile %82,1 arasında) en yüksektir (Tablo 5).



Tablo 5.Katılımcıların Sınıflara Göre Demografik Özellikleri

		Sayı n(%)													
		Dönem 1		Dönem 2		Dönem 3		Dönem 4		Dönem 5		Dönem 6		Toplam	
Cinsiyet	Kadın	61	(57,5)	68	(64,2)	63	(66,3)	57	(69,5)	59	(70,2)	77	(67,0)	385	(65,5)
	Erkek	45	(42,5)	38	(35,8)	32	(33,7)	25	(30,5)	25	(29,8)	38	(33,0)	203	(34,5)
Medeni Durum	Bekar	105	(99,1)	106	(100,0)	95	(100,0)	81	(98,8)	83	(98,8)	114	(99,1)	584	(99,3)
	Evli	1	(0,9)	0	(,0)	0	(,0)	1	(1,2)	1	(1,2)	1	(0,9)	4	(0,7)
Lise	Lise/Meslek Lisesi	6	(5,7)	2	(1,8)	2	(2,1)	2	(2,4)	1	(1,2)	2	(1,7)	15	(2,6)
	Anadolu Lisesi	10	(9,4)	18	(17,0)	28	(29,5)	30	(36,6)	41	(48,8)	61	(53,0)	188	(32,0)
	Fen Lisesi	23	(21,7)	20	(18,9)	11	(11,6)	9	(11,0)	14	(16,7)	24	(20,9)	101	(17,2)
	Özel Lise	67	(63,2)	66	(62,3)	54	(56,8)	41	(50,0)	28	(33,3)	28	(24,3)	284	(48,3)
Yaşadığı yer*	Aile İle Birlikte	73	(68,9)	73	(68,9)	62	(65,3)	55	(67,1)	47	(56,0)	58	(50,4)	368	(62,6)
	Arkadaşla/ Arkadaşlarıyla/ Yurtta	22	(20,8)	21	(19,8)	10	(10,5)	6	(7,3)	15	(17,9)	15	(13,1)	89	(15,1)
	Evde Yalnız	11	(10,4)	12	(11,3)	23	(24,2)	21	(25,6)	22	(26,2)	42	(36,5)	131	(22,3)
Burs durumu	Evet	31	(29,2)	29	(27,4)	25	(26,3)	16	(19,5)	28	(33,3)	26	(22,6)	155	(26,4)
	Hayır	75	(70,8)	77	(72,6)	70	(73,7)	66	(80,5)	56	(66,7)	89	(77,4)	433	(73,6)
Sağlık güvencesi durumu	Var(Sgk/ Emekli Sandığı)	75	(70,8)	82	(77,4)	71	(74,7)	66	(80,5)	69	(82,1)	93	(80,9)	456	(77,6)
	Var(Özel Sigorta)	27	(25,5)	20	(18,9)	21	(22,1)	12	(14,6)	13	(15,5)	20	(17,4)	113	(19,2)
	Yok	4	(3,8)	4	(3,8)	3	(3,2)	4	(4,9)	2	(2,4)	2	(1,7)	19	(3,2)

* p=0,000

Tablo 5.Katılımcıların Sınıflara Göre Demografik Özellikleri(devam)

		Sayı n(%)													
		Dönem 1		Dönem 2		Dönem 3		Dönem 4		Dönem 5		Dönem 6		Toplam	
Anne-Baba medeni durumu	Evli	89	(84,0)	97	(91,5)	86	(90,5)	72	(87,8)	70	(83,3)	97	(84,3)	511	(86,9)
	Boşanmış	11	(10,4)	8	(7,5)	7	(7,4)	9	(11,0)	12	(14,3)	14	(12,2)	61	(10,4)
	Dul	6	(5,7)	1	(0,9)	2	(2,1)	1	(1,2)	2	(2,4)	4	(3,5)	16	(2,7)
Anne eğitim durumu	İlkokul	1	(0,9)	2	(1,9)	3	(3,2)	1	(1,2)	1	(1,2)	3	(2,6)	11	(1,9)
	Ortaokul	1	(0,9)	0	(,0)	1	(1,1)	1	(1,2)	3	(3,6)	4	(3,5)	10	(1,7)
	Lise	12	(11,3)	8	(7,5)	9	(9,5)	5	(6,1)	8	(9,5)	11	(9,6)	53	(9,0)
	Yüksekokul veya Üniv.	64	(60,4)	70	(66,0)	61	(64,2)	54	(65,9)	49	(58,3)	76	(66,1)	374	(63,6)
	Lisansüstü	28	(26,4)	26	(24,5)	21	(22,1)	21	(25,6)	23	(27,4)	21	(18,3)	140	(23,8)
Baba eğitim durumu	Okur Yazar	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	1	(1,2)	0	(,0)	1	(0,2)
	İlkokul	0	(,0)	1	(,9)	0	(,0)	0	(,0)	1	(1,2)	1	(,9)	3	(0,5)
	Ortaokul	1	(,9)	1	(,9)	1	(1,1)	0	(,0)	0	(,0)	1	(,9)	4	(0,7)
	Lise	10	(9,4)	3	(2,8)	10	(10,5)	3	(3,7)	5	(6,0)	17	(14,8)	48	(8,2)
	Yüksekokul veya Üniv.	61	(57,5)	59	(55,7)	51	(53,7)	52	(63,4)	49	(58,3)	64	(55,7)	336	(57,1)
	Lisansüstü	34	(32,1)	42	(39,6)	33	(34,7)	27	(32,9)	28	(33,3)	32	(27,8)	196	(33,3)
Anne çalışma durumu	Ev Hanımı	13	(12,3)	19	(17,9)	19	(20,0)	13	(15,9)	17	(20,2)	22	(19,1)	103	(17,5)
	Çalışıyor	72	(67,9)	63	(59,4)	51	(53,7)	46	(56,1)	49	(58,3)	60	(52,2)	341	(58,0)
	Emekli	18	(17,0)	20	(18,9)	21	(22,1)	20	(24,4)	16	(19,0)	30	(26,1)	125	(21,3)
	Geçmişte Çalışıyordu	3	(2,8)	4	(3,8)	4	(4,2)	3	(3,7)	2	(2,4)	3	(2,6)	19	(3,2)
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	86	(81,1)	91	(85,8)	70	(73,7)	65	(79,3)	62	(73,8)	83	(72,2)	457	(77,7)
	Emekli	15	(14,2)	11	(10,4)	21	(22,1)	15	(18,3)	18	(21,4)	25	(21,7)	105	(17,9)
	Geçmişte Çalışıyordu	5	(4,7)	4	(3,8)	4	(4,2)	2	(2,4)	4	(4,8)	7	(6,1)	26	(4,4)
Aile gelir durumu	2000 TL ve Altında	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	1	(1,2)	0	(,0)	1	(0,2)
	3001-5000	6	(5,7)	8	(7,5)	6	(6,3)	2	(2,4)	2	(2,4)	7	(6,1)	31	(5,3)
	5001-8000	24	(22,6)	19	(17,9)	21	(22,1)	16	(19,5)	12	(14,3)	20	(17,4)	112	(19,0)
	8001 TL ve Üzerinde	76	(71,7)	79	(74,5)	68	(71,6)	64	(78,0)	69	(82,1)	88	(76,5)	444	(75,5)

Katılımcıların sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, %23,5'i (n=138) çok iyi, %62,9'u (n=370) iyi, %11,2'si (n=66) orta, %2'si (n=12) kötü ve %0,3'ü (n=2) çok kötü olarak değerlendirmiştir. Sağlığını iyi olarak değerlendirenler bütün dönemlerde (%52,8 ile 72,2 arasında) çoğunluktadır (Tablo 6).

Öğrencilerin %16'sında (n=94) ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalık bulunmakta iken, %84'ünde (n=494) ise bulunmamaktadır. Dönemlere baktığımızda hastalığı olanların oranı en yüksek dönem 3'de (%18,9) iken hastalığı olmayanların oranı en yüksek dönem 1'de (%87,7) görülmektedir. Hastalığı olanların %23,7'sinde (n=22) Kansızlık, %19,4'ünde (n=18) Tiroid ile ilgili bir hastalık, %4,3'ünde (n=4) Şeker Hastalığı, %4,3'ünde (n=4) Anoreksiya, %2,2'sinde (n=2) Hipertansiyon, %1,1'inde (n=1) Hiperlipidemi, %1,1'inde (n=1) ise Bulimia Hastalığı bulunmaktadır, hastalığı olan öğrencilerin geriye kalan %44,1'i (n=41) diğer hastalık grubundadır. Diğer hastalık grubunda en çok görülenler ise; %1,4 (n=8) İnsulin Direnci, %1,2 (n=7) Allerji, %0,7 (n=4) Astım ve %0,7 (n=4) PCOS olmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %10,7'sinin (n=63) tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığı olduğu, %89,3'ünün (n=525) ise tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığı olmadığı görülmüştür. Psikiyatrik bir hastalığı olanların oranı en yüksek dönem 5'de (%20,2), en düşük ise dönem 2 (%4,7)'dedir ve dönemler arası bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Psikiyatrik hastalığı olanların %64,6'sı psikiyatrik ilaç kullanmakta ve psikolojik destek almakta iken, %35,4'ü ise psikiyatrik ilaç kullanmamakta ve psikolojik destek almamaktadır. Psikiyatrik ilaç kullananların oranı en yüksek dönem 5'de (%83,3) iken en düşük oran dönem 4'tedir (%42,9). Dönem 4'de psikiyatrik ilaç kullananların oranının en düşük olmasına rağmen psikolojik destek alanların oranı (%85,7) en yüksektir. Psikolojik destek alanların sayısı en az dönem 1 (%41,7)'dedir (Tablo 6).

Tablo 6.Katılımcıların Sınıflara Göre Hastalık Durumu Özellikleri

		Sayı n(%)													
		Dönem 1		Dönem 2		Dönem 3		Dönem 4		Dönem 5		Dönem 6		Toplam	
Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz	Çok İyi	30	(28,3)	25	(23,6)	21	(22,1)	21	(25,6)	18	(21,4)	23	(20,0)	138	(23,5)
	İyi	56	(52,8)	56	(52,8)	64	(67,4)	53	(64,6)	58	(69,0)	83	(72,2)	370	(62,2)
	Orta	16	(15,1)	19	(17,9)	9	(9,5)	6	(7,3)	7	(8,3)	9	(7,8)	66	(7,8)
	Kötü	3	(2,8)	5	(4,7)	1	(1,1)	2	(2,4)	1	(1,2)	0	(,0)	12	(2,0)
	Çok Kötü	1	(0,9)	1	(0,9)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	2	(0,3)
İlaç kul. gerektiren hastalık durumu	Evet	13	(12,3)	17	(16,0)	18	(18,9)	14	(17,1)	13	(15,5)	19	(16,5)	94	(16,0)
	Hayır	93	(87,7)	89	(84,0)	77	(81,1)	68	(82,9)	71	(84,5)	96	(83,5)	494	(84,0)
Tanısı olan hastalık gruplarının dağılımı	Kansızlık	6	(46,2)	5	(31,3)	5	(27,8)	4	(28,6)	1	(7,7)	1	(5,3)	22	(23,7)
	Kolesterol Yüksekliği	0	(,0)	1	(6,3)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	1	(1,1)
	Şeker Hast	1	(7,7)	0	(,0)	0	(,0)	2	(14,3)	0	(,0)	1	(5,3)	4	(4,3)
	Tiroid Hast	0	(,0)	5	(31,3)	5	(27,8)	2	(14,3)	2	(15,4)	4	(21,1)	18	(19,4)
	Hipertansiyon	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	1	(7,7)	1	(5,3)	2	(2,2)
	Anoreksiya	1	(7,7)	1	(6,3)	0	(,0)	1	(7,1)	1	(7,7)	0	(,0)	4	(4,3)
	Bulimia	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	1	(7,7)	0	(,0)	1	(1,1)
	Diğer	5	(38,5)	4	(25,0)	8	(44,4)	5	(35,7)	7	(53,8)	12	(63,2)	41	(44,1)
Tanı konmuş psikiyatrik hastalık durumu*	Evet	12	(11,3)	5	(4,7)	11	(11,6)	7	(8,5)	17	(20,2)	11	(9,6)	63	(10,7)
	Hayır	94	(88,7)	101	(95,3)	84	(88,4)	75	(91,5)	67	(79,8)	104	(90,4)	525	(89,3)
Psikiyatrik ilaç kullanma durumu	Evet	6	(50,0)	4	(80,0)	8	(72,7)	3	(42,9)	15	(83,3)	6	(50,0)	42	(64,6)
	Hayır	6	(50,0)	1	(20,0)	3	(27,3)	4	(57,1)	3	(16,7)	6	(50,0)	23	(35,4)
Psikiyatrik destek alma durumu	Evet	5	(41,7)	3	(60,0)	5	(45,5)	6	(85,7)	15	(83,3)	8	(66,7)	42	(64,6)
	Hayır	7	(58,3)	2	(40,0)	6	(54,5)	1	(14,3)	3	(16,7)	4	(33,3)	23	(35,4)

*p=0,027

Katılımcıların %17'si (n=100) sigara kullanmakta, %77'si (n=453) sigara kullanmamakta, %6'sı (n=35) ise ex-smoker'dır. Dönemlere baktığımızda, sigara içenlerin oranının en yüksek olduğu dönem 5 (%22,6), sigara içmeyenlerin oranının en yüksek olduğu dönem 1 (%81,1), bırakanların oranının en yüksek olduğu ise dönem 6 (%10,4) olarak bulunmuştur. Sigara kullananlar günde ortalama (13,4±8,3) adet ve ortalama (4±2,4) yıldır sigara içmektedir (Tablo 7).

Araştırmaya katılanların %62,8'i (n=369) alkol kullanmakta, %37,2'si (n=453) ise alkol kullanmamaktadır. Dönemlere baktığımızda, alkol kullananların oranının en yüksek olduğu dönem 5 (%73,8), alkol almayanların oranının en yüksek olduğu ise dönem 6 (%45,2) olarak bulunmuştur. Alkol kullanan 369 öğrenciden 111'i haftada ortalama (1,8±0,9) kez, 205'i ayda ortalama (2,3±1,1) kez ve 53'ü ise yılda ortalama (5,8±3,2) kez alkol almaktadır (Tablo 7).

Tablo 7.Katılımcıların Sınıflara Göre Sigara/Alkol Kullanma Durumu

		Sayı n(%)													
		Dönem 1		Dönem 2		Dönem 3		Dönem 4		Dönem 5		Dönem 6		Toplam	
Sigara	Evet	14	(13,2)	19	(17,9)	19	(20,0)	15	(18,3)	19	(22,6)	14	(12,2)	100	(17,0)
	Hayır	86	(81,1)	85	(80,2)	74	(77,9)	59	(72,0)	60	(71,4)	89	(77,4)	453	(77,0)
	Bıraktım	6	(5,7)	2	(1,9)	2	(2,1)	8	(9,8)	5	(6,0)	12	(10,4)	35	(6,0)
Alkol	Evet	66	(62,3)	65	(61,3)	60	(63,2)	53	(64,6)	62	(73,8)	63	(54,8)	369	(62,8)
	Hayır	40	(37,7)	41	(38,7)	35	(36,8)	29	(35,4)	22	(26,2)	52	(45,2)	219	(37,2)

Tablo 8.Katılımcıların Sınıflara Göre Beslenme ve Spor Yapma Durumu

		Sayı n(%)													
		Dönem 1		Dönem 2		Dönem 3		Dönem 4		Dönem 5		Dönem 6		Toplam	
Ana öğün alma durumu	Düzenli	72	(67,9)	84	(79,2)	77	(81,1)	64	(78,0)	61	(72,6)	75	(65,2)	433	(73,6)
	Düzensiz	29	(27,4)	14	(13,2)	14	(14,7)	16	(19,5)	19	(22,6)	37	(32,2)	129	(21,9)
	Bazen	5	(4,7)	8	(7,5)	4	(4,2)	2	(2,4)	4	(4,8)	3	(2,6)	26	(4,4)
Ara öğün alma durumu	Düzenli	15	(14,2)	23	(21,7)	13	(13,7)	13	(15,9)	11	(13,1)	13	(11,3)	88	(15,0)
	Düzensiz	54	(50,9)	47	(44,3)	54	(56,8)	42	(51,2)	42	(50,0)	70	(60,9)	309	(52,6)
	Bazen	37	(34,9)	36	(34,0)	28	(29,5)	27	(32,9)	31	(36,9)	32	(27,8)	191	(32,5)
Günde kaç öğün alıyor	1	3	(2,8)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	3	(0,5)
	2	17	(16,0)	18	(17,0)	17	(17,9)	10	(12,2)	10	(11,9)	19	(16,5)	91	(15,5)
	3	48	(45,3)	59	(55,7)	50	(52,6)	52	(63,4)	44	(52,4)	62	(53,9)	315	(53,6)
	4	18	(17,0)	7	(6,6)	17	(17,9)	9	(11,0)	13	(15,5)	13	(11,3)	77	(13,1)
	5	1	(0,9)	5	(4,7)	1	(1,1)	3	(3,7)	6	(7,1)	12	(10,4)	28	(4,8)
	6	0	(,0)	3	(2,8)	2	(2,1)	2	(2,4)	1	(1,2)	2	(1,7)	10	(1,7)
	Her Acıktığımda Yerim	19	(17,9)	14	(13,2)	8	(8,4)	6	(7,3)	10	(11,9)	7	(6,1)	64	(10,9)

Tablo 8.Katılımcıların Sınıflara Göre Beslenme ve Spor Yapma Durumu(devam)

		Sayı n(%)													
		Dönem 1		Dönem 2		Dönem 3		Dönem 4		Dönem 5		Dönem 6		Toplam	
Kilo probleminiz var mı	Evet	48	(45,3)	46	(43,4)	42	(44,2)	33	(40,2)	43	(51,2)	59	(51,3)	271	(46,1)
	Hayır	58	(54,7)	60	(56,6)	53	(55,8)	49	(59,8)	41	(48,8)	56	(48,7)	317	(53,9)
Diyet yapma durumu	Diyet Yapıyorum	23	(21,7)	18	(17,0)	16	(16,8)	14	(17,1)	18	(21,4)	32	(27,8)	121	(20,6)
	Geçmişte Yapmıştım	41	(38,7)	39	(36,8)	34	(35,8)	40	(48,8)	33	(39,3)	42	(36,5)	229	(38,9)
	Hiç Yapmadım	42	(39,6)	49	(46,2)	45	(47,4)	28	(34,1)	33	(39,3)	41	(35,7)	238	(40,5)
Diyet yapma nedeni	Estetik Kaygı	41	(59,4)	36	(61,0)	33	(66,0)	34	(61,8)	29	(55,8)	39	(52,0)	212	(58,9)
	Mevcut Hastalıklarım	0	(,0)	1	(1,7)	0	(,0)	1	(1,8)	0	(,0)	4	(5,3)	6	(1,7)
	Ailevi Hastalıklar	0	(,0)	1	(1,7)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	0	(,0)	1	(0,3)
	Sağlıklı Yaşama İsteği	28	(40,6)	21	(35,6)	17	(34,0)	20	(36,4)	23	(44,2)	32	(42,7)	141	(39,2)
Egzersiz yapma durumu	Düzenli Yapıyorum	27	(25,5)	27	(25,5)	30	(31,6)	21	(25,6)	26	(31,0)	27	(23,5)	158	(26,9)
	Düzensiz Yapıyorum	56	(52,8)	53	(50,0)	44	(46,3)	45	(54,9)	43	(51,2)	60	(52,2)	301	(51,2)
	Hiç Yapmıyorum	23	(21,7)	26	(24,5)	21	(22,1)	16	(19,5)	15	(17,9)	28	(24,3)	129	(21,9)
BKI grup	Zayıf	10	(9,4)	16	(15,1)	6	(6,3)	7	(8,5)	10	(11,9)	8	(7,0)	57	(9,7)
	Normal	77	(72,6)	72	(67,9)	66	(69,5)	56	(68,3)	55	(65,5)	75	(65,2)	401	(68,2)
	Fazla Kilolu	14	(13,2)	11	(10,4)	19	(20,0)	15	(18,3)	17	(20,2)	22	(19,1)	98	(16,7)
	Obez	5	(4,7)	7	(6,6)	4	(4,2)	4	(4,9)	2	(2,4)	10	(8,7)	32	(5,4)

Katılımcıların %73,6'sının (n=433) ana öğünlerinin düzenli olduğu, %21,9'unun (n=129) düzensiz olduğu ve %4,4'ünün (n=26) ise bazen düzenli olduğu görülmüştür. Bütün dönemlerde ana öğünleri düzenli alma oranı (%65,2 ile %81,1 arasında) en yüksektir. Ana öğünleri düzensiz alanların oranı en yüksek olan ise dönem 6 (%32,2)'dir. Ara öğün alma durumu sorgulandığında ise, %15'inin (n=88) ara öğünlerinin düzenli olduğu, %52,6'sının (n=309) düzensiz olduğu ve %32,5'inin (n=191) ise bazen ara öğün aldığı görülmüştür. Ara öğünleri düzensiz olanların oranı tüm dönemlerde (%44,3 ile 60,9 arasında) en yüksektir. Ara öğünleri düzenli olarak alanların oranının en yüksek olduğu grup olan dönem 2 (%21,7), aynı zamanda ana öğünleri düzensiz alanların oranının en düşük (%13,2) olduğu grup olarak da göze çarpmaktadır (Tablo 8).

Öğrencilerin günde kaç öğün aldıkları sorgulandığında; %53,6'sı (n=315) günde 3 öğün aldığını, %15,5'i (n=91) günde 2 öğün aldığını, %13,1'i (n=77) günde 4 öğün aldığını, %10,9'u (n=64) gün içerisinde her acıktığında bir şeyler yediğini, %4,8'i (n=28) günde 5 öğün aldığını, %1,7'si (n=10) günde 6 öğün aldığını ve %0,5'i (n=3) ise günde 1 öğün aldığını belirtmiştir. Günde 3 öğün alanların oranı tüm dönemlerde (%45,3 ile 63,4 arasında) en yüksektir. Gün içerisinde her acıktığında bir şeyler yiyenlerin oranı dönem 1'de (%17,9) en yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırmaya katılan 588 öğrencinin boy ortalaması (171,4±8,7) cm olup erkek öğrencilerin boy ortalaması (180,5±5,4) cm, kız öğrencilerin boy ortalaması ise (166,7±5,9) cm olarak bulunmuştur. Dönemlere baktığımızda dönem 1 öğrencilerinin boy ortalaması (173,3±9,3) cm, dönem 2 öğrencilerinin boy ortalaması (171,7±8,8) cm, dönem 3 öğrencilerinin boy ortalaması (171,2±8,4) cm, dönem 4 öğrencilerinin boy ortalaması (170,6±9,3) cm, dönem 5 öğrencilerinin boy ortalaması (170,6±8,5) cm, dönem 6 öğrencilerinin boy ortalaması (170,8±7,9) cm'dir.

Araştırmaya katılan 588 öğrencinin vücut ağırlıklarının ortalaması (67,1±15,2) kg olup erkek öğrencilerin vücut ağırlıklarının ortalaması (81,5±13,1) kg, kız öğrencilerin vücut ağırlıklarının ortalaması ise (59,6±9,8) kg olarak bulunmuştur. Dönemlere baktığımızda dönem 1 öğrencilerinin vücut ağırlıklarının ortalaması (68,0±14,5) kg, dönem 2 öğrencilerinin vücut ağırlıklarının ortalaması (64,9±14,0) kg, dönem 3 öğrencilerinin vücut ağırlıklarının ortalaması (67,2±14,8) kg, dönem 4 öğrencilerinin vücut ağırlıklarının ortalaması (66,6±16,4) kg, dönem 5 öğrencilerinin vücut ağırlıklarının ortalaması (67,1±14,4) kg, dönem 6 öğrencilerinin vücut ağırlıklarının ortalaması (68,6±16,8) kg'dır.

Katılımcıların beden kitle indeksi(BKİ) ortalaması (22,7±3,8) olup, erkeklerin BKİ ortalaması (25,0±3,8), kızların BKİ ortalaması (21,4±3,2) olarak bulunmuştur. Dönemlere

baktığımızda dönem 1 öğrencilerinin BKİ ortalaması ($22,5 \pm 3,4$), dönem 2 öğrencilerinin BKİ ortalaması ($21,9 \pm 3,7$), dönem 3 öğrencilerinin BKİ ortalaması ($22,7 \pm 3,7$), dönem 4 öğrencilerinin BKİ ortalaması ($22,7 \pm 4,3$), dönem 5 öğrencilerinin BKİ ortalaması ($22,9 \pm 3,5$), dönem 6 öğrencilerinin BKİ ortalaması ($23,3 \pm 4,2$)' tür.

Öğrencilerin BKİ göre, %9,7'si ($n=57$) zayıf, %68,2'si ($n=401$) normal BKİ sahip, %16,7'si ($n=98$) fazla kilolu ve %5,4'ü ($n=32$) obez olarak bulunmuştur. Obez olanların oranının en yüksek olduğu dönem 6 (%8,7), en düşük olduğu dönem 5 (%2,4)' dir. Zayıf olanların oranının en yüksek olduğu grup dönem 2 (%15,2), en düşük olduğu grup ise dönem 3 (%6,3)' tür (Tablo 8).

Araştırmaya katılanların, %46,1'inin ($n=271$) kendilerine göre kilo problemi olduğu, %53,9'unun ($n=317$) ise kendilerine göre kilo problemi olmadığı görülmüştür. Kilo problemi olduğunu düşünenlerin oranının en yüksek olduğu gruplar dönem 5 (%51,2) ve dönem 6 (%51,3), en düşük olduğu ise dönem 4 (%40,2)' tür (Tablo 8).

Katılımcıların diyet yapma durumu sorgulandığında, %20,6'sı ($n=121$) diyet yapıyorum, %38,9'u ($n=229$) geçmişte diyet yapmışım ve %40,5'i ($n=238$) ise diyet yapmıyorum cevabını vermişlerdir. Diyet yapıyorum cevabını verenlerin oranının en yüksek olduğu dönem, aynı zamanda kilo problemi olduğunu düşünenlerin oranının da en yüksek olduğu dönem 6 (%27,8)'dir. Diyet yapmıyorum cevabını verenlerin oranı en yüksek dönem 2 (%46,2) ve dönem 3'de (%47,4) bulunmuştur. Diyet yapıyorum ve geçmişte diyet yapmışım cevabını veren öğrencilerin diyet yapma nedenlerine bakacak olursak, en sık görülen neden estetik kaygı %58,9 ($n=212$) oranında, ikinci sıklıkta ise sağlıklı yaşama isteği %39,2 ($n=141$) oranında görülmektedir (Tablo 8).

Araştırmaya katılan öğrencilerde egzersiz yapma durumu sorgulandığında, %51,2'si ($n=301$) düzensiz olarak egzersiz yaptığını, %26,9'u ($n=158$) düzenli olarak egzersiz yaptığını ve %21,9'u ($n=129$) ise hiç egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Düzenli veya düzensiz olarak egzersiz yapanların oranı en yüksek dönem 5'de (%82,2) iken, hiç egzersiz yapmayanların oranı en yüksek dönem 2 (%24,5) ve dönem 6 (%24,3)'da görülmüştür (Tablo 8). Düzenli olarak egzersiz yapanlar, haftada ortalama ($3,1 \pm 1,2$) kez ve her egzersiz yaptığında ortalama ($76,8 \pm 34,1$) dakika süresince yapmaktadır.

Katılımcılarda riskli davranış durumunu gözlemlemek için sorulan emniyet kemeri kullanımı sorusuna öğrencilerin %89,1'i (n=524) emniyet kemerini her zaman taktığını, %5,6'sı (n=33) bazen taktığını, %0,7'si (n=4) emniyet kemeri takmadığını belirtmiş ve %4,6'sı (n=27) ise soruyu yanıtsız bırakmışlardır. Emniyet kemeri kullananların oranı en yüksek dönem 3'de (%95,8) iken en düşük dönem 1'de (%79,2) bulunmuştur. Bir başka riskli davranış sorusunda araba kullanırken hız sınırına dikkat etme durumu sorgulanmış ve öğrencilerin %64,1'i (n=377) hız sınırına her zaman dikkat ettiğini, %21,4'ü (n=126) bazen dikkat ettiğini, %2,4'ü (n=14) hiç dikkat etmediğini belirtmiş ve %12,1'i (n=71) ise bu soruyu yanıtsız bırakmışlardır. Hız sınırına dikkat edenlerin oranı en yüksek dönem 3'de (%75,8) iken en düşük dönem 1'de (%45,3) görülmüştür. Riskli davranışlar gösterme açısından, emniyet kemeri kullanımı ve hız sınırına dikkat sorularının her ikisinde verilen cevaplardan yola çıkarak, dönem 3'deki öğrencilerin (sırasıyla %95,8 ve %75,8) risk almaktan kaçındığı, dönem 1'deki öğrencilerin (sırasıyla %79,2 ve %45,3) ise daha fazla risk aldığı görülmüştür. Emniyet kemeri kullanımı ve hız sınırına dikkat sorularının her ikisini de yanıtsız bırakanların oranı en yüksek dönem 1'de (sırasıyla %14,2 ve %30,2) bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9.Katılımcıların Sınıflara Göre Riskli Davranış Durumu

		Sayı n(%)													
		Dönem 1		Dönem 2		Dönem 3		Dönem 4		Dönem 5		Dönem 6		Toplam	
Emniyet kemeri takıyor musunuz	Evet	84	(79,2)	95	(89,6)	91	(95,8)	74	(90,2)	78	(92,9)	102	(88,7)	524	(89,1)
	Bazen	7	(6,6)	5	(4,7)	1	(1,1)	6	(7,3)	4	(4,8)	10	(8,7)	33	(5,6)
	Hiç	0	(,0)	0	(,0)	1	(1,1)	1	(1,2)	1	(1,2)	1	(0,9)	4	(0,7)
	Yanıtsız	15	(14,2)	6	(5,7)	2	(2,1)	1	(1,2)	1	(1,2)	2	(1,7)	27	(4,6)
Otomobil kullanırken hız sınırına dikkat edermisiniz	Evet	48	(45,3)	68	(64,2)	72	(75,8)	57	(69,5)	52	(61,9)	80	(69,6)	377	(64,1)
	Bazen	21	(19,8)	19	(17,9)	16	(16,8)	20	(24,4)	24	(28,6)	26	(22,6)	126	(21,4)
	Hiç	5	(4,7)	3	(2,8)	2	(2,1)	1	(1,2)	2	(2,4)	1	(0,9)	14	(2,4)
	Yanıtsız	32	(30,2)	16	(15,1)	5	(5,3)	4	(4,9)	6	(7,1)	8	(7,0)	71	(12,1)

Tablo 10.Katılımcıların Sınıflara Göre YTT-40, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği Sonuçları

		Sayı n(%)													
		Dönem 1		Dönem 2		Dönem 3		Dönem 4		Dönem 5		Dönem 6		Toplam	
YTT-40 sonucu(bozulmuş yeme tutumu)	Yok	92	(86,8)	95	(89,6)	88	(92,6)	77	(93,9)	75	(89,3)	106	(92,2)	533	(90,6)
	Var	14	(13,2)	11	(10,4)	7	(7,4)	5	(6,1)	9	(10,7)	9	(7,8)	55	(9,4)
Beck depresyon sonucu	Normal	43	(40,6)	41	(38,7)	39	(41,1)	44	(53,7)	39	(46,4)	48	(41,7)	254	(43,2)
	Hafif Depresyon	39	(36,8)	38	(35,8)	38	(40,0)	24	(29,3)	32	(38,1)	49	(42,6)	220	(37,4)
	Orta Depresyon	14	(13,2)	17	(16,0)	13	(13,7)	12	(14,6)	9	(10,7)	15	(13,0)	80	(13,6)
	Şiddetli Depresyon	10	(9,4)	10	(9,4)	5	(5,3)	2	(2,4)	4	(4,8)	3	(2,6)	34	(5,8)
Beck anksiyete sonucu	Minimal Anksiyete	40	(37,7)	35	(33,0)	32	(33,7)	35	(42,7)	35	(41,7)	62	(53,9)	239	(40,6)
	Hafif Anksiyete	30	(28,3)	34	(32,1)	34	(35,8)	28	(34,1)	27	(32,1)	29	(25,2)	182	(31,0)
	Orta Anksiyete	22	(20,8)	21	(19,8)	23	(24,2)	13	(15,9)	14	(16,7)	17	(14,8)	110	(18,7)
	Şiddetli Anksiyete	14	(13,2)	16	(15,1)	6	(6,3)	6	(7,3)	8	(9,5)	7	(6,1)	57	(9,7)

4.2. Katılımcıların YTT-40, BDÖ, BAÖ ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Sonuçları

Araştırmaya katılan 588 öğrencinin Yeme Tutumu Testi puanlarının ortalaması (16,2±11,2) olup, erkek öğrencilerin puanlarının ortalaması (15,0±10,2) iken kız öğrencilerin puanlarının ortalaması (16,9±11,7) olarak bulunmuştur. Dönemlere bakacak olursak; dönem 1 öğrencilerinin YTT puan ortalaması (18,1±13,5), dönem 2 öğrencilerinin YTT puan ortalaması (17,5±11,0), dönem 3 öğrencilerinin YTT puan ortalaması (14,8±10,1), dönem 4 öğrencilerinin YTT puan ortalaması (15,4±10,7), dönem 5 öğrencilerinin YTT puan ortalaması (15,8±11,6) ve dönem 6 öğrencilerinin YTT puan ortalaması ise (15,4±9,7) olarak bulunmuştur. YTT puanlamasına göre katılımcıların %90,6'sında (n=533) bozulmuş yeme tutumu ya da bozulmuş yeme davranışı mevcut değilken, %9,4'ünde (n=55) bozulmuş yeme tutumu ya da bozulmuş yeme davranışı olduğu saptanmıştır. Yeme tutumu bozukluğu saptananların oranı en yüksek dönem 1'de (%13,2) iken, en düşük dönem 4'de (%6,1) görülmüştür (Tablo 10).

Araştırmaya katılan 588 öğrencinin BDÖ puanlarının ortalaması (12,4±8,6) olup, erkek öğrencilerin puanlarının ortalaması (12,1±9,2) iken kız öğrencilerin puanlarının ortalaması (12,6±8,3) olarak bulunmuştur. Dönemlere bakacak olursak; dönem 1 öğrencilerinin BDÖ puan ortalaması (13,0±9,1), dönem 2 öğrencilerinin BDÖ puan ortalaması (14,1±9,4), dönem 3 öğrencilerinin BDÖ puan ortalaması (12,6±8,5), dönem 4 öğrencilerinin BDÖ puan ortalaması (11,1±7,8), dönem 5 öğrencilerinin BDÖ puan ortalaması (11,8±8,6) ve dönem 6 öğrencilerinin BDÖ puan ortalaması ise (11,5±7,8) olarak bulunmuştur. BDÖ puanlamasına göre katılımcıların %43,2'sinde (n=254) depresyon olmadığı, %37,4'ünde (n=220) hafif düzeyde depresyon, %13,6'sında (n=80) orta düzeyde depresyon, %5,8'inde (n=34) şiddetli düzeyde depresyon olduğu saptanmıştır. Hafif, orta ya da şiddetli düzeyde depresyonu olan öğrencilerin oranı dönem 1, 2 ve 3'de (sırasıyla %59,4, %61,2 ve %59,0) en yüksek iken, dönem 4 ve 5'de (sırasıyla %46,3 ve %53,6) en düşüktür, dönem 6'da (%58,2) ise bu oran tekrar yükselmiştir. Şiddetli depresyonu olanlara bakacak olursak, en yüksek oranda dönem 1 ve 2'de (her ikisinde de %9,4) görülmektedir (Tablo 10).

Araştırmaya katılan 588 öğrencinin BAÖ puanlarının ortalaması (11,7±9,5) olup, erkek öğrencilerin puanlarının ortalaması (9,8±8,7) iken kız öğrencilerin puanlarının ortalaması (12,7±9,8) olarak bulunmuştur. Dönemlere bakacak olursak; dönem 1 öğrencilerinin BAÖ puan ortalaması (12,6±9,9), dönem 2 öğrencilerinin BAÖ puan ortalaması (13,6±10,5), dönem 3 öğrencilerinin BAÖ puan ortalaması (12,3±9,1), dönem 4

öğrencilerinin BAÖ puan ortalaması ($10,7 \pm 8,3$), dönem 5 öğrencilerinin BAÖ puan ortalaması ($11,0 \pm 9,9$) ve dönem 6 öğrencilerinin BAÖ puan ortalaması ise ($9,7 \pm 8,8$) olarak bulunmuştur. BAÖ puanlamasına göre katılımcıların %40,6'sında ($n=239$) minimal düzeyde anksiyete, %31'inde ($n=182$) hafif derecede anksiyete, %18,7'sinde ($n=110$) orta düzeyde anksiyete, %9,7'sinde ($n=57$) ise şiddetli düzeyde anksiyete olduğu saptanmıştır. Orta veya şiddetli düzeyde anksiyetesi olan öğrencilerin oranı dönem 1 ve 2'de (sırasıyla %34,0 ve %34,9) en yüksek iken, dönem 6'da (%20,9) en düşüktür (Tablo 10).

Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği puanlarının ortalaması ($28,6 \pm 6,5$) olup erkek öğrencilerin dürtüsellik puan ortalamasının ($29,4 \pm 6,2$), kız öğrencilerin dürtüsellik puan ortalamasından ($28,1 \pm 6,6$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Dönemlere baktığımızda, dürtüsellik puan ortalaması en yüksek dönem 1'de ($29,6 \pm 7,0$) olup, dönem 2'nin ortalaması ($28,6 \pm 6,5$), dönem 4'ün ortalaması ($28,2 \pm 6,2$), dönem 5'in ortalaması ($29,2 \pm 7,0$), dönem 6'nın ortalaması ($28,2 \pm 6,2$) ve dürtüsellik puan ortalaması en düşük dönem 3'de ($27,6 \pm 5,9$) bulunmuştur. Dürtüsel eylemlilik düzeyi erkek öğrencilerde ve dönem 1 öğrencilerinde yüksek olarak görülmüştür.

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin alt ölçeklerinden olan plan yapmama dürtüsellığının, araştırmaya katılan 588 öğrencideki puan ortalaması ($10,0 \pm 2,8$) olup erkek öğrencilerin plan yapmama dürtüsellığının puan ortalamasının ($10,4 \pm 2,7$), kız öğrencilerin plan yapmama dürtüsellığının puan ortalamasından ($9,7 \pm 2,8$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Dönemlere baktığımızda, plan yapmama dürtüsellığının puan ortalaması en yüksek dönem 5'de ($10,6 \pm 2,8$) olup, dönem 1'in ortalaması ($10,2 \pm 3,0$), dönem 2'nin ortalaması ($9,8 \pm 2,8$), dönem 4'ün ortalaması ($9,8 \pm 2,9$), dönem 6'nın ortalaması ($9,8 \pm 2,4$) ve en düşük puan ortalaması ise dönem 3'de ($9,7 \pm 2,7$) görülmüştür. Erkek öğrencilerde ve dönem 5 öğrencilerinde plan yapmama dürtüsellığının yüksek olması yaşamı planlamadaki istikrarsızlıklarını gösterebilmektedir.

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin alt ölçeklerinden olan motor dürtüsellığının, araştırmaya katılan 588 öğrencideki puan ortalaması ($9,2 \pm 2,6$) olup kız öğrencilerin motor dürtüsellik puanı ortalaması ($9,2 \pm 2,7$), erkek öğrencilerin motor dürtüsellik puanı ortalamasından ($9,1 \pm 2,4$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Dönemlere baktığımızda, motor dürtüsellik puanı ortalaması en yüksek dönem 1'de ($9,6 \pm 2,8$) olup, dönem 2'nin ortalaması ($9,3 \pm 2,6$), dönem 4'ün ortalaması ($9,1 \pm 2,4$), dönem 6'nın ortalaması ($9,2 \pm 2,6$) ve en düşük puan ortalaması ise dönem 3 ($8,8 \pm 2,3$) ile dönem 5'de ($8,8 \pm 2,6$) bulunmuştur. Kız öğrencilerde ve dönem 1 öğrencilerinde motor dürtüsellik yüksek olması motor hareketlerindeki artışı ve düşünmeden eylemlerde bulunduklarını gösterebilmektedir.

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin alt ölçeklerinden olan dikkat ile ilişkili dürtüsellik, araştırmaya katılan 588 öğrencideki puan ortalaması ($9,5 \pm 2,7$) olup erkek öğrencilerin dikkat ile ilişkili dürtüsellik puanı ortalaması ($9,9 \pm 2,7$), kız öğrencilerin dikkat ile ilişkili dürtüsellik puanı ortalamasından ($9,3 \pm 2,7$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Dönemlere baktığımızda, dikkatte dürtüsellik puanı ortalaması en yüksek dönem 1’de ($9,8 \pm 3,1$) olup, dönem 2’nin ortalaması ($9,5 \pm 2,8$), dönem 4’ün ortalaması ($9,3 \pm 2,5$), dönem 5’in ortalaması ($9,7 \pm 2,9$), dönem 6’nın ortalaması ($9,3 \pm 2,6$) ve en düşük puan ortalaması ise dönem 3’de ($9,1 \pm 2,5$) saptanmıştır. Erkek öğrencilerde ve dönem 1 öğrencilerinde dikkat ile ilişkili dürtüsellik yüksek olması dikkatsiz davranışlar sergilediklerini ve hızlı kararlar verdiklerini gösterebilmektedir.



4.3. Yeme Tutumunu Etkileyen Faktörler ve Aralarındaki İlişki

Yeme tutumu ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği sonucu arasındaki ilişkiye bakarken grupların normal dağılıma uyup uymadığını kontrol etmek için Kolmogorov-Smirnov Testi uygulandı ve grupların normal dağılıma uyduğu görüldü ($p>0,05$). Grupların normal dağılıma uyması nedeniyle Student t-testi ile analiz yapıldı.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı ortalaması ve alt ölçeklerden motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik puanlarının ortalaması ile bozulmuş yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Barratt plan yapmama alt ölçeği puan ortalaması bozulmuş yeme davranışı olanlarda ($9,7\pm3,4$), olmayanlara göre ($10,0\pm2,7$) daha düşük bulunmuştur ve bozulmuş yeme davranışı olanlarda hayatı planlamadaki istikrarsızlığın ve plan yapamama davranışının daha az olması anlamlı bir ilişki olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Sonucu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki

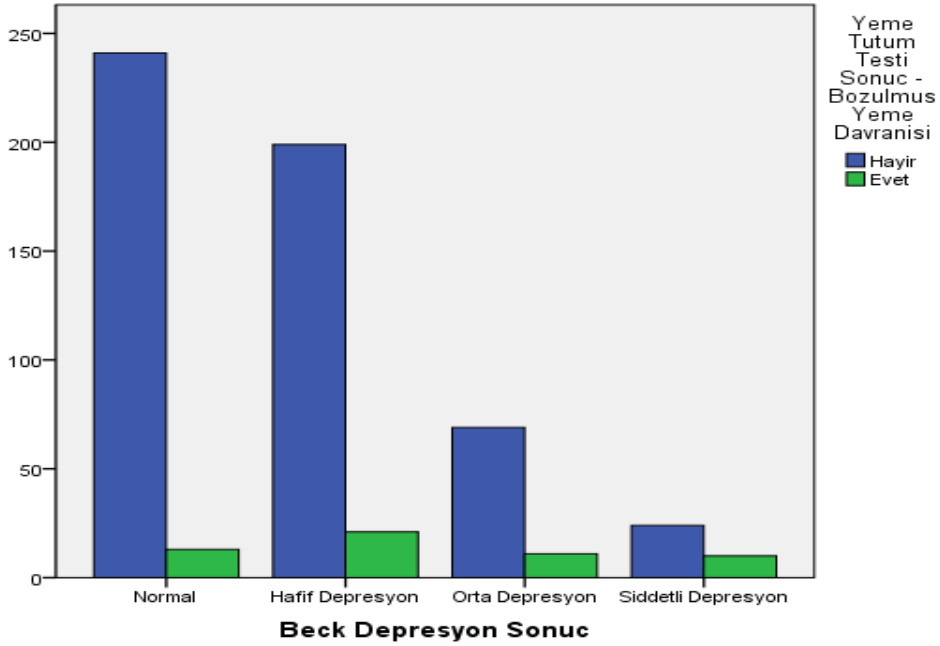
	Yeme Tutum Testi Sonuç - Bozulmuş Yeme Davranışı		p-değeri*
	Hayır (n=533)	Evet (n=55)	
Barratt Plan Yapmama Alt Ölçeği Puanı Ortalaması	10,0 $\pm$ 2,7	9,7 $\pm$ 3,4	0,030*
Barratt Motor Dürtüsellik Alt Ölçeği Puanı Ortalaması	9,1 $\pm$ 2,5	9,9 $\pm$ 2,9	0,312
Barratt Dikkatte Dürtüsellik Alt Ölçeği Puanı Ortalaması	9,4 $\pm$ 2,7	10,0 $\pm$ 2,8	0,477
Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puanı Ortalaması	28,5 $\pm$ 6,4	29,6 $\pm$ 7,1	0,167

*Student t-testi

Tablo 12. Beck Depresyon Ölçeği Sonucu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki

		Yeme Tutum Testi Sonuç - Bozulmuş Yeme Davranışı		Toplam (Sütun Yüzdesi)	p-değeri
		Hayır	Evet		
Beck Depresyon Sonuç	Normal	241	13	254	0,000*
		%94,9	%5,1	%43,2	
	Hafif Depresyon	199	21	220	
		%90,5	%9,5	%37,4	
	Orta Depresyon	69	11	80	
		%86,3	%13,8	%13,6	
	Şiddetli Depresyon	24	10	34	
		%70,6	%29,4	%5,8	

Şekil 1. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarına Göre Dağılımı

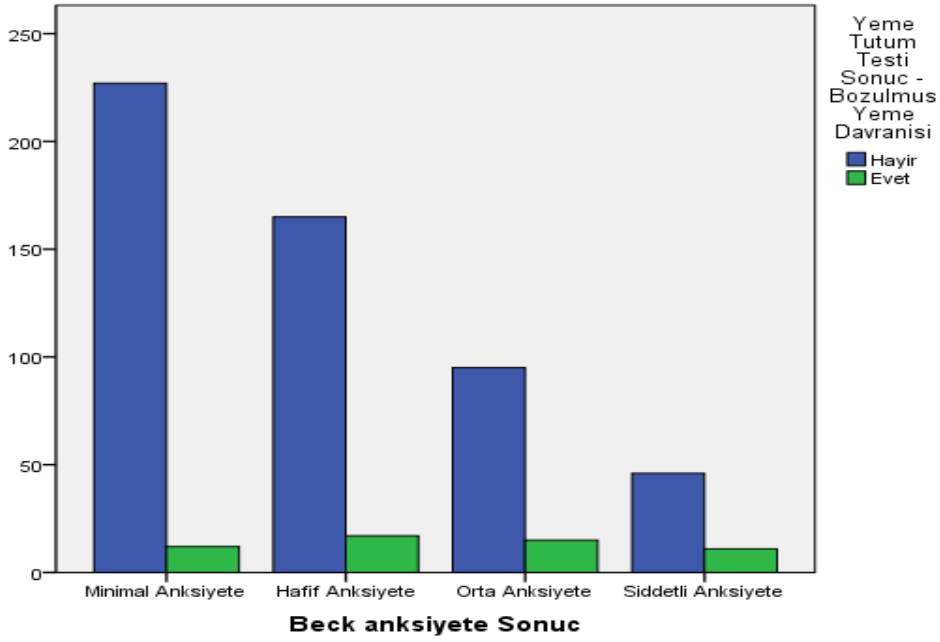


Katılımcıların YTT-40 sonucu ile Beck Depresyon Ölçeği sonucu arasındaki ilişki Tablo 12’de sunulmuştur. BDÖ sonucuna göre normal olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %5,1 (n=13), hafif depresyon olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %9,5 (n=21), orta düzeyde depresyon olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %13,8 (n=11), şiddetli depresyon olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %29,4 (n=10)’dur. Buna göre depresyon şiddeti arttıkça bozulmuş yeme davranışı görülme oranı da artmaktadır ve yeme tutumu ile depresyon arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Beck Anksiyete Ölçeği Sonucu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki

		Yeme Tutum Testi Sonuç - Bozulmuş Yeme Davranışı		Toplam (Sütun Yüzdesi)	p-değeri
		Hayır	Evet		
Beck Anksiyete Sonuç	Minimal Anksiyete	227	12	239	0,003*
		%95,0	%5,0	%40,6	
	Hafif Anksiyete	165	17	182	
		%90,7	%9,3	%31,0	
	Orta Anksiyete	95	15	110	
		%86,4	%13,6	%18,7	
	Şiddetli Anksiyete	46	11	57	
		%80,7	%19,3	%9,7	

Şekil 2. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarına Göre Dağılımı



Araştırmaya katılan öğrencilerin YTT-40 sonucu ile Beck Anksiyete Ölçeği sonucu arasındaki ilişki Tablo 13’de sunulmuştur. BAÖ sonucuna göre minimal anksiyetesi olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %5,0 (n=12), hafif anksiyetesi olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %9,3 (n=17), orta düzeyde anksiyetesi olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %13,6 (n=15), şiddetli anksiyetesi olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %19,3 (n=11)’ dur. Buna göre anksiyete şiddeti arttıkça bozulmuş yeme davranışı görülme oranı da artmaktadır ve yeme tutumu ile anksiyete arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13).

YTT-40 ile cinsiyet arasındaki ilişkiye baktığımızda, kız öğrencilerde bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %11,9 (n=46), erkek öğrencilerde bozulmuş yeme davranışı görülme oranı ise %4,4 (n=9) olup, bu sonuca göre kadınlarda görülme oranının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 14).

Bozulmuş yeme davranışının, anne babası evli olanlarda görülme oranı %9,6 (n=49) iken anne babası dul veya boşanmış olanlarda görülme oranı %7,8 (n=6) olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,614$) (Tablo 14).

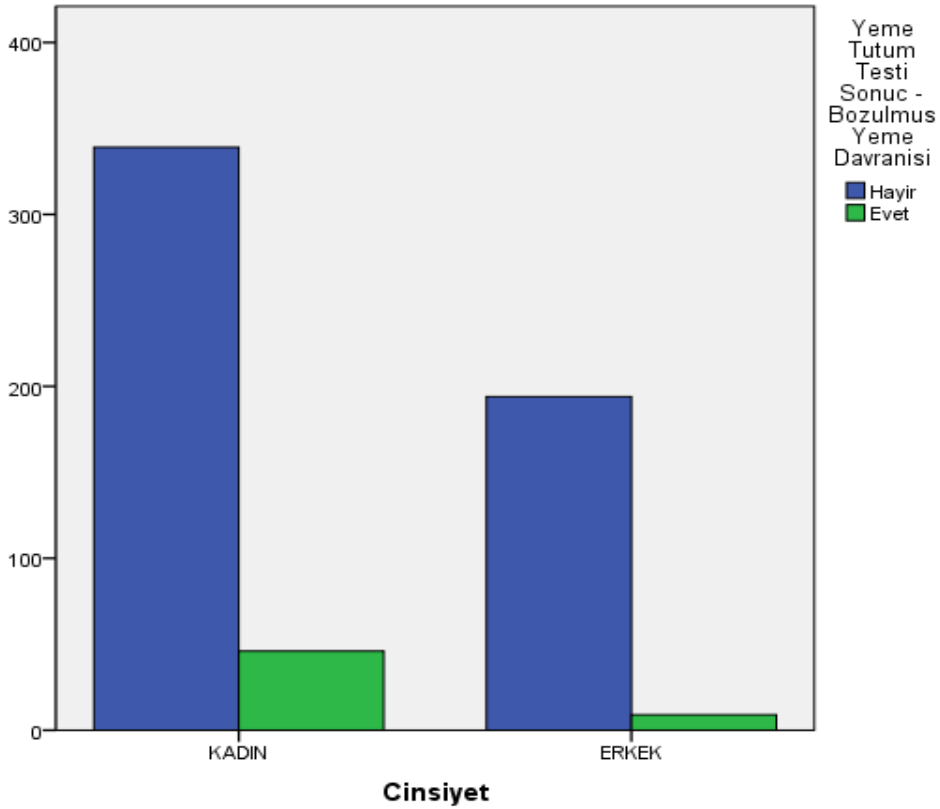
Yeme tutumu ile yaşadığı yer arasındaki ilişkiye baktığımızda, ailesiyle yaşayanların %8,2'sinde (n=30), arkadaşla/arkadaşlarıyla veya yurttta yaşayanların %6,7'sinde (n=6), evde tek başına yaşayanların ise %14,5'inde (n=19) bozulmuş yeme davranışı görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,066$) (Tablo 14).



Tablo 14. Cinsiyet, Anne-Baba Medeni Durum ve Yaşadığı Yer ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki

		Yeme Tutum Testi Sonuç - Bozulmuş Yeme Davranışı		Toplam (Sütun Yüzdesi)	p-değeri
		Hayır	Evet		
Cinsiyet	Kadın	339	46	385	0,003*
		%88,1	%11,9	%65,5	
	Erkek	194	9	203	
		%95,6	%4,4	%34,5	
Anne-Baba Medeni Durum	Evli	462	49	511	0,614
		%90,4	%9,6	%86,9	
	Boşanmış/Dul	71	6	77	
		%92,2	%7,8	%13,1	
Yaşadığı Yer	Aile İle Birlikte	338	30	368	0,066
		%91,8	%8,2	%62,6	
	Arkadaşla/Arkadaşlarıyla/Yurtta	83	6	89	
		%93,3	%6,7	%15,1	
	Evde Yalnız	112	19	131	
		%85,5	%14,5	%22,3	

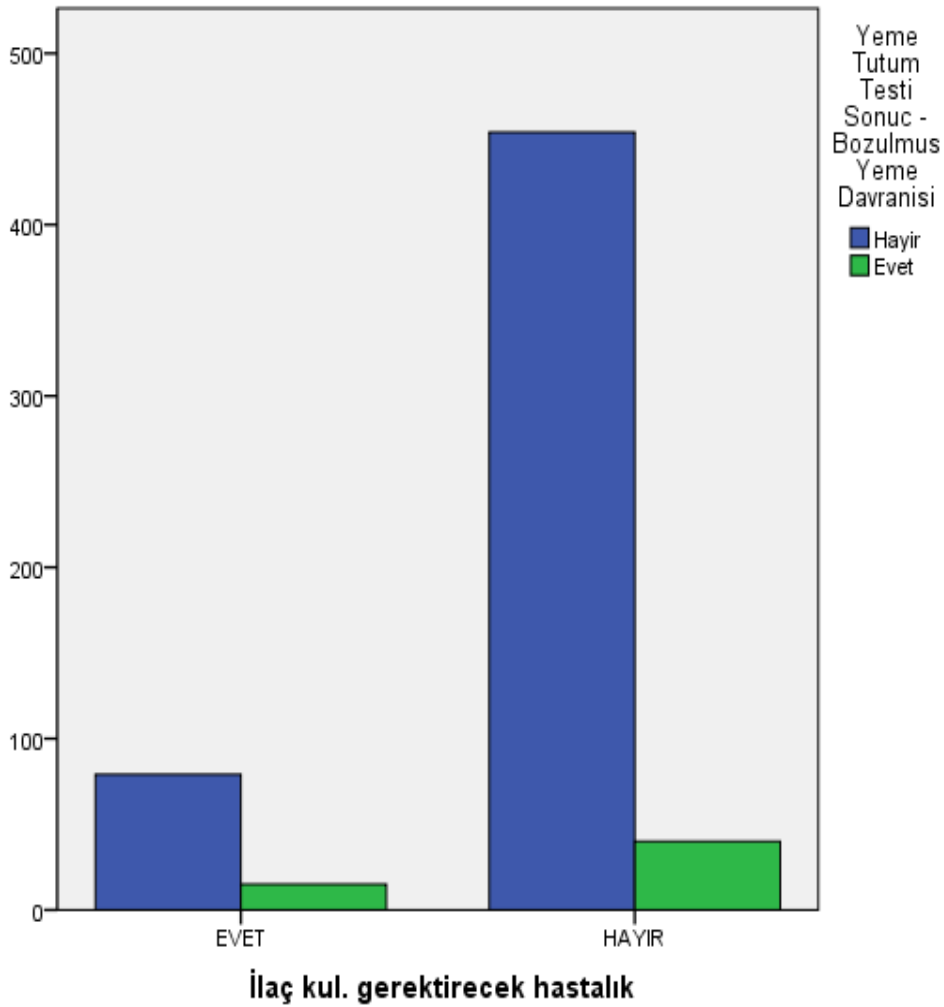
Şekil 3. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, Cinsiyete Göre Dağılımı



Tablo 15. İlaç Kullanmasını Gerektirecek Hastalık Durumu ve Psikiyatrik Hastalık Durumu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki

		Yeme Tutum Testi Sonuç - Bozulmuş Yeme Davranışı		Toplam (Sütun Yüzdesi)	p-değeri
		Hayır	Evet		
İlaç Kul. Gerektirecek Hastalık	Evet	79	15	94	0,016*
		%84,0	%16,0	%16,0	
	Hayır	454	40	494	
		%91,9	%8,1	%84,0	
Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık	Evet	53	10	63	0,060
		%84,1	%15,9	%10,7	
	Hayır	480	45	525	
		%91,4	%8,6	%89,3	

Şekil 4. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, İlaç Kullanmasını Gerektirecek Hastalık Durumuna Göre Dağılımı



Katılımcılardan, ilaç kullanmasını gerektirecek hastalığa sahip olanların %16'sında (n=15), ilaç kullanmasını gerektirecek hastalığa sahip olmayanların ise %8,1'inde (n=40) bozulmuş yeme davranışı görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 15).

Bozulmuş yeme davranışının, tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olanlarda görülme oranı %15,9 (n=10) iken psikiyatrik hastalığı olmayanlarda görülme oranı %8,6 (n=45) bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,060$) (Tablo 15).

BKİ ile YTT arasındaki ilişkiye baktığımızda; zayıf olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranının %7 (n=4), normal olanlarda %11,5 (n=46), fazla kilolu olanlarda %3,1 (n=3) ve obez olanlarda %6,3 (n=2) olması istatistiksel olarak anlam ifade etmektedir ($p<0,05$) (Tablo 16).

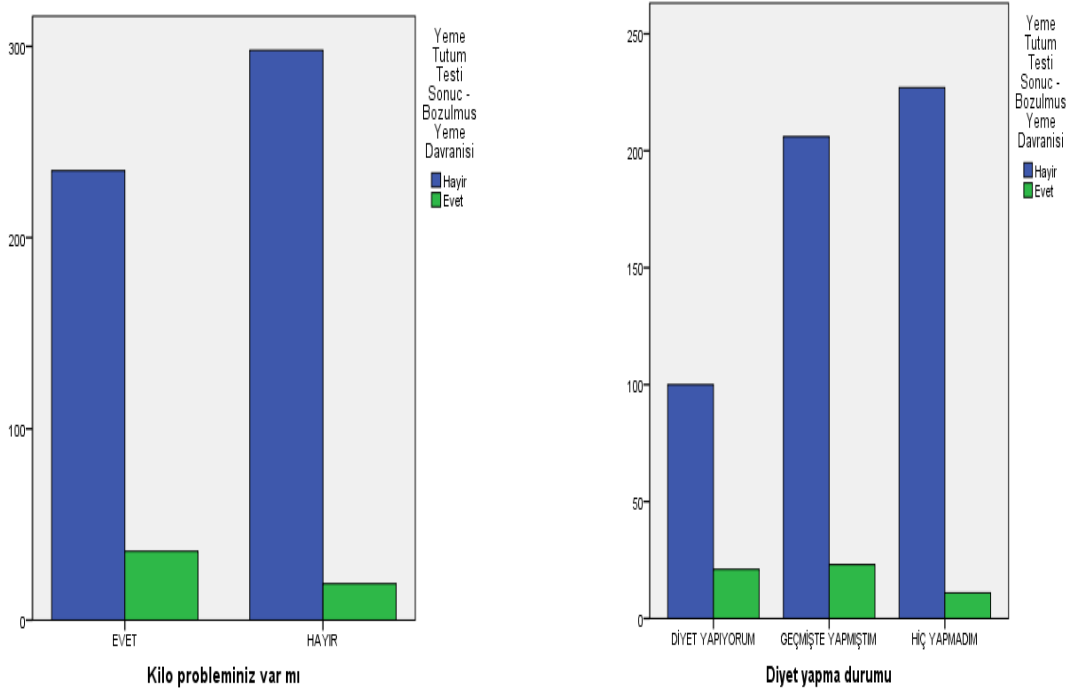
Araştırmaya katılan öğrencilerden kilo problemi olduğunu düşünenlerin %13,3'ünde (n=36) bozulmuş yeme davranışı görülürken, kilo problemi olduğunu düşünmeyenlerin %6'sında (n=19) bozulmuş yeme davranışı görülmüştür ve kilo problemi olduğunu düşünenlerde görülme oranının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 16).

Yeme tutumu ile diyet yapma durumu arasındaki ilişki sorgulandığında, halihazırda diyet yapanların %17,4'ünde (n=21), geçmişte diyet yapmış olanların %10'unda (n=23) ve hayatında hiç diyet yapmamış olanların %4,6'sında (n=11) bozulmuş yeme davranışı görülmüştür. Hayatının herhangi bir döneminde diyet yapmış olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Beden Kitle İndeksi, Kilo Problemi Düşüncesi ve Diyet Yapma Durumu ile Yeme Tutumu Testi Sonucu Arasındaki İlişki

		Yeme Tutum Testi Sonuç - Bozulmuş Yeme Davranışı		Toplam (Sütun Yüzdesi)	p-değeri
		Hayır	Evet		
Beden Kitle İndeksi Gruplar	Zayıf	53	4	57	0,049*
		%93,0	%7,0	%9,7	
	Normal	355	46	401	
		%88,5	%11,5	%68,2	
	Fazla Kilolu	95	3	98	
		%96,9	%3,1	%16,7	
	Obez	30	2	32	
		%93,8	%6,3	%5,4	
Kilo Probleminiz Var mı	Evet	235	36	271	0,002*
		%86,7	%13,3	%46,1	
	Hayır	298	19	317	
		%94,0	%6,0	%53,9	
Diyet Yapma Durumu	Diyet Yapıyorum	100	21	121	0,000*
		%82,6	%17,4	%20,6	
	Geçmişte Yapmıştım	206	23	229	
		%90,0	%10,0	%38,9	
	Hiç Yapmadım	227	11	238	
		%95,4	%4,6	%40,5	

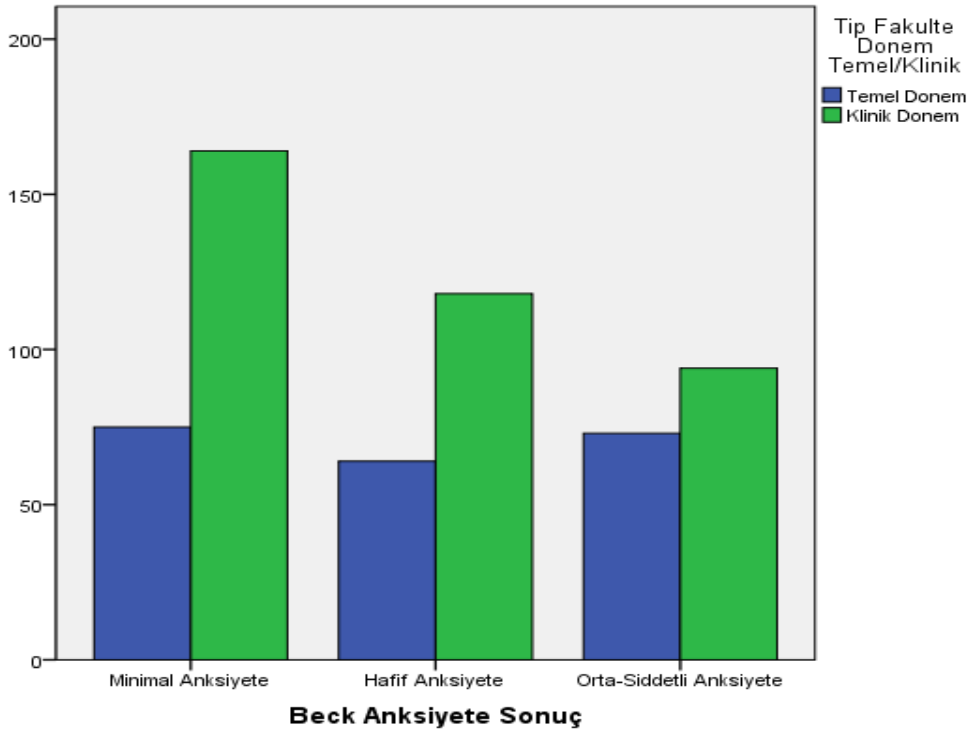
Şekil 5. Yeme Tutumu Testi Sonuçlarının, Kilo Problemi ve Diyet Yapma Durumuna Göre Dağılımı



Tablo 17. Yeme Tutumu Testi, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Dönemlere Göre Dağılımı ve Arasındaki İlişki

		Tıp Fakültesi Dönem		Toplam	p-değeri
		Temel Dönem	Klinik Dönem		
Yeme Tutum Testi Sonuç - Bozulmuş Yeme Davranışı	Hayır	187	346	533	0,127
		%88,2	%92,0	%90,6	
	Evet	25	30	55	
		%11,8	%8,0	%9,4	
Beck Depresyon Sonuç	Normal	84	170	254	0,090
		%39,6	%45,2	%43,2	
	Hafif Depresyon	77	143	220	
		%36,3	%38,0	%37,4	
	Orta/Şiddetli Depresyon	51	63	114	
		%24,1	%16,8	%19,4	
Beck Anksiyete Sonuç	Minimal Anksiyete	75	164	239	0,037*
		%35,4	%43,6	%40,6	
	Hafif Anksiyete	64	118	182	
		%30,2	%31,4	%31,0	
	Orta/Şiddetli Anksiyete	73	94	110	
		%34,4	%25,0	%28,4	

Şekil 6. Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Dönemlere Göre Dağılımı



Katılımcılar, temel dönemde (dönem 1 ve 2) ve klinik dönemde (dönem 3, 4, 5 ve 6) öğrenim görenler diye ikiye ayrılarak öğrencilerin olgunlaştıkça, sağlıkla ilgili bilgileri arttıkça ve hastane ortamına geçişte olan etkileneceğini göstermek amacıyla yeme tutumu, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik ile karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirmede BDÖ'ye göre orta ile şiddetli depresyon ve BAÖ'ye göre de orta ile şiddetli anksiyete çıkan gruplar, klinik açıdan iç içe geçen ve ayırt etmesi zor olması nedeniyle birleştirilmiştir. YTT'ye göre bozulmuş yeme davranışı olanların temel dönemdeki görülme oranı %11,8 (n=25), klinik dönemdeki görülme oranı ise %8 (n=25) olarak bulunmuştur, bozulmuş yeme davranışının klinik döneme geçişte azalması ve temel dönemde daha yüksek oranda görülmesi istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,127) (Tablo 17).

BDÖ'ye göre hafif depresyon klinik dönemdekilerin %38'inde (n=143), temel dönemdekilerin %36,3'ünde (n=77) ve orta/şiddetli depresyon ise temel dönemdekilerin %24,1'inde (n=51), klinik dönemdekilerin %16,8'inde (n=63) görülmüştür, buna göre özellikle orta/şiddetli depresyonun klinik döneme geçişte azalması ve depresyonun temel dönemdeki öğrencilerde daha yüksek oranda görülmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,090) (Tablo 17).

BAÖ sonucu ile temel dönem/klinik dönem arasındaki ilişkiye baktığımızda; temel dönemdekilerin %35,4'ünde (n=75) minimal anksiyete, %30,2'sinde (n=64) hafif düzeyde anksiyete, %34,4'ünde (n=73) orta/şiddetli anksiyete görülmüştür ve klinik dönemdekilerin ise %43,6'sında (n=164) minimal anksiyete, %31,4'ünde (n=118) hafif düzeyde anksiyete, %25'inde (n=94) orta/şiddetli anksiyete görülmüştür, özellikle orta/şiddetli anksiyetenin klinik döneme geçişte azalması ve anksiyetenin temel dönemde daha yüksek oranda görülmesi istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05) (Tablo 17).

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin temel dönemdeki toplam puan ortalaması (29,1±6,7) klinik dönemdeki toplam puan ortalamasından (28,3±6,3) (p=0,132), plan yapmama dürtüsellığının temel dönemdeki puan ortalaması (10,0±2,9) klinik dönemdeki puan ortalamasından (9,9±2,7) (p=0,558) ve dikkat dürtüsellığının temel dönemdeki puan ortalaması (9,7±2,9) klinik dönemdeki puan ortalamasından (9,4±2,6) (p=0,105) daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 18). Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin alt ölçeklerinden motor dürtüsellüğün temel dönemdeki puan ortalaması (9,5±2,7) klinik dönemdeki puan ortalamasından (9,0±2,5) yüksek olması, yani temel dönemdeki öğrencilerde motor eylemlerin ve düşünmeden hareket etmenin klinik dönemdeki öğrencilerden daha fazla görülmesi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 18).

Tablo 18. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Sonucunun Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Dönemlere Göre Dağılımı ve Arasındaki İlişki

	Tıp Fakültesi Dönem		p-değeri*
	Temel Dönem (n=212)	Klinik Dönem (n=376)	
Barratt Plan Yapmama Alt Ölçeği Puanı Ortalaması	10,0±2,9	9,9±2,7	0,558
Barratt Motor Dürtüsellik Alt Ölçeği Puanı Ortalaması	9,5±2,7	9,0±2,5	0,033*
Barratt Dikkatte Dürtüsellik Alt Ölçeği Puanı Ortalaması	9,7±2,9	9,4±2,6	0,105
Barratt Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puanı Ortalaması	29,1±6,7	28,3±6,3	0,132

*Student t-testi

Öğrencilerden annesi ev hanımı olanların %14,6'sında (n=15) bozulmuş yeme davranışı görülürken, annesi çalışıyor olanların %9,1'inde (n=31) bozulmuş yeme davranışı görülmüştür ve annesi ev hanımı olanlarda oranın yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,143).

Bozulmuş yeme davranışının burs almayan öğrencilerde görülme oranı %9,9 (n=43) iken burs alan öğrencilerde görülme oranı %7,7 (n=12) olarak bulunmuştur ve arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,422).

Sigara içen öğrencilerde bozulmuş yeme davranışı %10 (n=10) oranında görülürken, sigara içmeyenlerde %9,5 (n=43) oranında görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,738). Alkol kullanan öğrencilerde bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %10,8 (n=40), kullanmayanlarda ise %6,8 (n=15) olarak bulunmuştur ve alkol kullananlarda oranın yüksek olması anlamlı görülmemiştir (p=0,108).

Katılımcılardan düzenli egzersiz yapanlarda, bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %12 (n=19), düzensiz egzersiz yapanlarda %7,6 (n=23), hiç egzersiz yapmayanlarda %10,1 (n=13) olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,294).

Ana öğünlerini düzensiz alan öğrencilerdeki bozulmuş yeme davranışı görülme oranının (%12,4), ana öğünleri düzenli olan öğrencilerdeki bozulmuş yeme davranışı

görölme oranından (%8,5) yüksek olması anlamlı bir fark olarak saptanmamıştır ($p=0,294$).

Riskli davranış gösterme ile yeme tutumu arasındaki ilişkiye baktığımızda, araba kullanırken hız sınırına her zaman dikkat etmeyenlerin %14,3'ünde ($n=20$) bozulmuş yeme davranışı görülürken, hız sınırına her zaman dikkat edenlerin %6,6'sında ($n=25$) bozulmuş yeme davranışı görölmüştür ve riskli davranış gösterenlerde bozulmuş yeme davranışı oranının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların BKİ ile kilo problemi olduğunu düşünenler ve düşünmeyenler arasındaki ilişkiye bakacak olursak; zayıf BKİ grubunda olanların %84,2'si ($n=48$) kilo problemi olmadığını, %15,8'i ise ($n=9$) kilo problemi olduğunu, normal BKİ grubunda olanların %60,6'sı ($n=243$) kilo problemi olmadığını, %39,4'ü ise ($n=158$) kilo problemi olduğunu, fazla kilolu BKİ grubunda olanların %73,5'i ($n=72$) kilo problemi olduğunu, %26,5'i ise ($n=26$) kilo problemi olmadığını, obez BKİ grubunda olanların %100'ü ($n=32$) kilo problemi olduğunu belirtmişlerdir ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Zayıf olanların çoğunun kilo problemi olmadığını ve obez olanların ise tamamının kilo problemi olduğunu düşünmesi, öğrencilerin kilolarını gerçekçi ve doğru değerlendirdiklerini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Günümüzde yeme tutumu çeşitli yönleriyle ele alınan ve sık tartışılan önemli bir konu olmaya başlamıştır. Yeme tutumlarındaki değişimler yeme bozukluklarına kadar giden birçok problemi karşımıza çıkarmaktadır. Beslenmenin fizyolojik yönü kadar psikolojik yönü de olduğu için, bozulmuş yeme davranışı günümüzde beslenmenin psikolojik yönünde daha çok önem verilmesi ve araştırılması gerektiğini doğurmuştur. Yeme tutumu bozukluğu olan kişilerde depresyon, intihar girişimi, kaygı bozuklukları, madde bağımlılığı gibi psikolojik bozukluk görülme riski artmakta, ölüm oranları yükselmektedir (289, 290, 291). Bu sebeple, yeme tutumu bozukluklarının tedavi edilmesi olası ruhsal bozuklukların oluşma riskinin azaltılması açısından da önem taşımaktadır.

Yeme bozuklukları adolesanlarda ve genç erişkinlerde oldukça yaygındır (292). Üniversite döneminde gençler, alıştıkları aile ortamından ayrılmakta, stres düzeyleri ve sorumlulukları artmakta, beslenme alışkanlıkları ve düzenleri değişmekte ve dış etkilere daha açık hale gelmektedirler. Özellikle Tıp Fakültesinde okuyan gençlerin; zaman baskısı, aşırı bilgi yükü, aşırı çalışma zamanı ve öğrenilen bilgilerin mezuniyet sonrası insan sağlığıyla doğrudan ilgili olarak kullanılacak olması, yani bilginin tamamen doğru öğrenilmesi zorunluluğu gibi sebeplere bağlı olarak kayda değer düzeyde psikolojik strese maruz kaldıkları çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (293, 294, 295).

Bu araştırma ile ülkemizde ve dünyada sıkça görülen yeme tutumu bozukluğu ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi, özellikle yorucu ve stresli eğitim süreci geçiren tıp fakültesi öğrencilerinde, ortaya koyarak tedavi yaklaşımında bütüncül bir yol izlenmesi ve hekimler ile konuyla ilgili diğer meslek grupları tarafından sürecin daha iyi yönetilmesine yardımcı olacak veriler elde edilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamızda yeme davranış bozukluğu ‘‘Yeme Tutum Testi’’ ile belirlendi. Çalışmamıza göre 46 kız öğrenci ve 9 erkek öğrenci olmak üzere toplam 55 (%9,4) tıp öğrencisinde olası yeme bozukluğu olduğu tespit edildi. Türkiye’de yeme bozukluğuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamızla benzer sonuçlara rastlıyoruz. Kadioğlu ve ark.’nın bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören 525 öğrencide yaptıkları araştırmada yeme bozukluğu görülme oranı %12,6 bulunmuştur (19). İlhan ve ark.’nın tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada %13,7’inde bozulmuş yeme davranışı görülmüştür (35). Ünal ve ark.’nın sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %14 bulunmuştur (80). Çelikel ve ark.’nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada %12,4’ünde yeme bozukluğu tespit

edilmiştir (91). Baş ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %11,5'inde bozulmuş yeme davranışı görülmüştür (296). Yanık Şahin E.'nin tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı bir araştırmada ise %12,3'ünde olası bozulmuş yeme davranışlarına rastlanmıştır (297). Bu sonuçlarla bizim çalışmamız paralellik göstermekte olup, bozulmuş yeme davranışının özellikle üniversitede okuyan gençlerde yüksek oranlarda görüldüğünü göstermektedir. Bu nedenle yeme tutumu bozuklukları risk faktörlerinin belirlenmesi, sıklığının saptanması ve eşlik eden bütün faktörlerin saptanması gençlerin yeme tutumu bozukluğuna karşı korunabilmesi, farkındalığının artırılması ve tedavide bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi açısından oldukça önemlidir.

Keskin ve ark.'nın tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin olası yeme bozukluğu sıklığı %55,9 ve Beyhan Işık'ın üniversite öğrencilerinde yaptığı bir araştırmada ise %22,6 olarak bulunmuştur (298, 299). Chang ve ark.'nın tıp fakültesi öğrencileri ile Çin'de yaptıkları bir başka çalışmada, öğrencilerin %21,7'sinde yeme bozukluğu riski saptanmıştır (300). Çalışmamızda yeme bozukluğu sıklığının (%9,4) daha düşük olması araştırmamıza katılan öğrencilerin çoğunun (%62,6) ailesi ile birlikte yaşamaya devam etmesi ve yeme alışkanlıklarının etkilenmemesinden kaynaklanmış olabilir.

Genel olarak incelendiğinde, Türkiye'de yapılan araştırmalarda olası bozulmuş yeme davranışı sıklığı açısından farklı bulgularla karşılaşilmektedir. Bu farklılıkların, çalışmanın yapıldığı sosyokültürel bölgelerin farklı olması, örneklemin seçim yöntemi, olguların kendini gizlemeye çalışması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmüştür (26).

Araştırmamızda kız öğrenciler içerisinde yeme tutum testi skorundan, eşik değer olan 30 puan ve üzerinde alanların oranı %11,9, erkek öğrenciler içerisinde %4,4 olarak bulundu ve kadınlarda bozulmuş yeme davranışı anlamlı olarak daha fazla görülmüş, yani cinsiyet ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Makino ve ark.'nın batılı ve batılı olmayan toplumlarda yaptığı araştırmadaki klinik örneklerde yeme bozukluğunun kadınlarda görülme oranı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (301). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında YTT puan ortancalarının kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (80). Yaşar ve ark.'nın yaptıkları çalışmada tıp fakültesindeki kız öğrencilerde yeme bozukluğunun erkeklere göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (298). Yıldırım ve ark.'nın yaptığı başka bir çalışmada kadınların yeme tutum ve davranışları toplam skorlarının erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (302). Hamurcu ve ark.'nın obezite ile ilgili çalışmasında ve Siyez ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları bir araştırmada kadınların erkeklerden daha

fazla yeme tutumu bozukluğuna yatkın olduğu görülmüştür (303, 304). Lindberg ve ark.'nın çalışmasında ise kız öğrencilerin daha fazla risk grubunda olduğu saptanmıştır (305).

Kadınlarda fiziksel görünümün ön planda olması, medyanın sunduğu ideal kadın imajının beden imgesine dair olumsuz yargıların oluşumuna neden olduğu veya ideal beden imgesi olarak zayıf olmanın kabul edilmesi, bunun sonucunda beden memnuniyetinin azalması, kız öğrencilerin erkeklere göre daha fazla sosyokültürel baskılara maruz kalarak internetten yanlış beslenme bilgileri edinmesi, diyet ve egzersiz eğilimlerinin gereğinden fazla olması gibi faktörler özellikle genç yetişkin kadınlarda yeme tutumu bozukluğunun daha fazla görülmesine ve belirtilerinin artmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hafif depresyon olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme sıklığı %9,5, orta düzeyde depresyon olanlarda %13,8, şiddetli depresyon olanlarda %29,4 olarak bulunmuştur, buna göre depresyon şiddeti arttıkça bozulmuş yeme davranışı görülme sıklığının da arttığı görülmüştür ve yeme tutumu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bizim araştırmamızla paralel olarak Ünsal ve ark.'nın yaptığı çalışmada depresyon saptananlarda yeme bozukluğu yaygınlığı (%10,4), depresyon saptanmayanlara (%3,8) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş ve öğrencilerin BDÖ'den aldıkları puanlar ile YTT-40'tan aldıkları puanlar arasında, depresyon şiddeti artarken yeme bozukluğu sıklığında arttığını gösteren, önemli pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır, Büyükgöze ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada da depresyon ile yeme tutumu puanları arasında anlamlı bir pozitif ilişki gösterilmiştir (82, 306). Vardar ve ark.'nın yaptığı toplum merkezli bir araştırmada majör depresyon, yeme bozukluğu olanlarda en fazla görülen (%13,2) psikiyatrik bozukluk olarak bulunmuştur (72). Kittel ve ark.'nın yaptığı çalışmada yeme tutum ve davranışları ile depresyon düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür (307). Puccio ve ark. bozulmuş yeme davranışının depresyon için bir risk faktörü oluşturduğunu belirtmişlerdir (308). Goldsmith ve ark.'nın gençlerde yaptığı çalışmada depresif belirtileri olan genç bireylerde yeme tutumlarının bozulduğu görülmüştür (309). Çelik ve ark.'nın kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığını değerlendiren çalışmasında yeme tutumlarında bozukluk olan gençlerde BDÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (26).

Depresif belirtiler arttıkça bozulmuş yeme tutumlarının da arttığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak, depresif belirtilerin kişideki olumsuz duyguları arttırdığı, dolayısıyla

işlevsel baş etme stratejilerine sahip olmayan bu kişilerin, bir baş etme yöntemi olarak bozulmuş yeme davranışlarını gösterebildiği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden minimal anksiyetesi olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı %5,0, hafif düzeyde anksiyetesi olanlarda %9,3, orta düzeyde anksiyetesi olanlarda %13,6, şiddetli anksiyetesi olanlarda %19,3 olarak bulunmuştur, buna göre anksiyete şiddeti arttıkça bozulmuş yeme davranışı görülme sıklığının da arttığı görülmüştür ve yeme tutumu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Kuran A.'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada anksiyete düzeyi arttıkça yeme tutumu ölçeği puanının arttığı görülmüştür (310). Ertekin T.'nin ergenlerde yaptığı çalışmada anksiyete ile bozulmuş yeme davranışı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (311). Bushi B.'nin üniversite öğrencilerinde yaptığı bir araştırmada anksiyete düzeyi ile yeme tutumu ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (312). Espel-Huynh ve ark.'nin yaptığı araştırmada anksiyete düzeyi arttıkça, yeme tutumu bozukluğunun arttığı görülmüştür (313). Kaye ve ark. yeme bozukluğu olan hastaların üçte ikisinde en az bir DSM-IV anksiyete bozukluğu tanısı olduğunu bildirmişlerdir (314). Vardar ve ark. ile Hudson ve ark.'nin yaptıkları çalışmalarda yaygın anksiyete bozukluğunun, yeme bozukluğu olgularında sık görülen eş tanı olduğu gösterilmiştir (72, 133). Bulik ve ark. yeme bozukluğu olanlarda yaşam boyu en az bir defa anksiyete bozukluğu görülme sıklığının %75 civarında olduğunu bildirmişlerdir (30).

Negatif duygulanım durumunda gençlerde anksiyete ve stres ile başetmek için yeme tutum bozukluğu olarak ifade edilen bozulmuş yeme davranışları görülmektedir (315). Kişi kaygılı zamanlarında, bu kaygıyla baş etmek adına yeme davranışına sığınabilir ve kişinin bozulmuş yeme tutumunu bir kaçınma davranışı olarak edinebileceği düşünülebilir. Örneğin; anksiyeteyi azaltmak amacıyla kusmanın bulimikler için bir "kaçış" cevabı olduğu, "yasak yiyeceklerle" tetiklenen vücut şekli ve kilo hakkındaki anksiyeteyi azalttığı ileri sürülmektedir (316).

Çalışmamızda Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı ortalaması ve alt ölçeklerden motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik puanlarının ortalaması ile bozulmuş yeme davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak Barratt plan yapmama alt ölçeği puan ortalaması bozulmuş yeme davranışı olanlarda ($9,7\pm3,4$), olmayanlara göre ($10,0\pm2,7$) daha düşük bulunmuştur ve bozulmuş yeme davranışı olanlarda hayatı planlamadaki istikrarsızlığın ve plan yapamama davranışının daha az olması anlamlı bir ilişki olarak ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Bizim araştırmamızın tam aksine, Lundahl ve ark. ile Meule ve ark.'nin yaptıkları araştırmalarda bozulmuş yeme davranışı

ile motor dürtüsellik ve dikkatte dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ancak plan yapmama dürtüsellliği ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (85, 317). Fischer ve ark. ile Lyke ve ark.'nın yaptıkları yeme tutumu bozukluğu ile dürtüsellik alt ölçeklerinin ilişkisini inceleyen çalışmalarda motor dürtüsellik ve dikkatte dürtüsellik ile yeme tutumu bozukluğu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüş fakat plan yapmama dürtüsellliği ile herhangi bir ilişki saptanmamıştır (318, 319). Kandeğer A.'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı daha kapsamlı bir araştırmada ise motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik ve plan yapmama dürtüsellığının yeme tutumu bozukluğunu predikte edebileceğinin ileri derecede anlamlı olduğu ortaya konmuştur (320). Hem Fischer ve ark. üniversite öğrencilerinde, hem de Mobbs ve ark.'nın kadınlarda yaptıkları çalışmalarda özellikle motor dürtüsellik alt ölçeğinden yüksek puan alan kişilerin yeme tutumu bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diyetle kısıtlamaya bağlı kilo dalgalanmaları için risk teşkil ettiğini gösteren kanıtlar tespit edilmiştir (321, 322). Murphy ve ark. ile Davis ve ark.'nın yaptıkları araştırmalarda bozulmuş yeme davranışı ile artmış dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (280, 323). Gearhardt ve ark. ile Pivarunas ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmalarda yeme tutumu bozukluğu ile dürtüsellik arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (324, 325). Schag ve ark.'nın obez kişilerde ve Waxman S.E.'nin yeme bozukluğu olan erişkinlerde yaptığı araştırmalarda yeme bozukluğu ile artmış dürtüsellik arasında doğrudan pozitif yönde anlamlı bir ilişki var olduğu ortaya konmuştur (326, 327). Guerrieri ve ark.'nın ilköğretim öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada yüksek dürtüsellik ve düşük dürtüsellik oranları içeren iki katılımcı grubun diyetleri serbest bırakılmış ve fazla yiyecek çeşidine ulaşım ile birlikte değerlendirilerek, yüksek dürtüsellliği olan grup bozulmuş yeme davranışı sergilemiştir (328). Özellikle dürtü kontrol bozukluklarında nükleus accumbens içindeki serotonin ve dopamin etkileşiminin olduğu, aynı zamanda yeme bozukluklarında da serotoninin rolü olduğu ortak mekanizma bilinmektedir (329, 330).

Araştırmamızda, bozulmuş yeme tutumunun görülme sıklığının ilaç kullanmasını gerektirecek hastalığa sahip olanlarda (%16), ilaç kullanmasını gerektirecek hastalığa sahip olmayandan (%8,1) daha fazla olması anlamlı bir ilişki olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Bizim sonuçlarımızla paralel olarak Yanık Şahin E.'nin tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada kronik hastalık bulunanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı (%19,5), kronik hastalık bulunmayanlara göre (%11,5), daha yüksek olarak tespit edilmiş ama istatistiksel olarak bizim çalışmamızın aksine anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır (297). Çelik ve ark.'nın kadın üniversite öğrencilerinde ve Arnik M. Ç.'nin üniversite

öğrencilerinde yaptıkları araştırmalarda yeme bozukluğu olanların, kronik bir hastalığı olma durumu ile olan anlamlı ilişkisini bildirmişlerdir (26, 331). Buna karşılık; Ünal ve ark.'nın sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ve Ünsal ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarda yeme bozukluğu ile kronik hastalık olma durumu arasında bir ilişkinin saptanmadığı görülmüştür (80, 306). Sim ve ark.'nın obezite geçmişi olan ergenlerde ve Pinhas-Hamiel ve ark.'nın diyabet hastalığı olan ergenlerde yaptıkları araştırmalarda yeme bozukluğunun obezite, diyabet, dispeptik yakınmalar gibi birçok kronik hastalık ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (332, 333). Çobanoğlu ve ark.'nın diyabet hastalarında yaptığı çalışmada katılımcılara YTT uygulanmış ve bozulmuş yeme davranışı olan ve olmayan hastaların HbA1c düzey ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (334).

Sağlıklı genç nüfusun katılımcıları oluşturduğu çalışmalarda yeme tutumu ile diyabet hastalığı, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi kronik hastalıklar açısından anlamlı bir ilişki beklenmezken, bizim araştırmamızda tam aksine anlamlılık saptanmıştır. Bunun nedeni örneklemimizi oluşturan tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıkla ilgili farkındalık yüksek olduğundan mevcut hastalıklarının daha erken tespit edilmesi veya tıp eğitiminin stresli ve yorucu olmasının tetikleme sonucu hastalıkların, diğer genç nüfusa göre, daha erken ortaya çıkması olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden kilo problemi olduğunu düşünenlerde (%13,3), düşünmeyenlere göre (%6) bozulmuş yeme davranışının daha sık görülmesi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadioğlu ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde ve Kocabaşoğlu N.'nin yeme tutumunu etkileyen çeşitli değişkenlerle yaptıkları araştırmalarda, bizim çalışmamızla benzer şekilde, kilosundan memnun olmayanlarda YTT puanlarının, kilosundan memnun olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (19, 138). O'Dea ve ark.'nın ergenlerde ve Alkan ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları araştırmalarda şuanki kilosundan memnun olma ile YTT arasında olumlu yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (335, 336). Tunç P.'nin üniversite öğrencilerinde yürüttüğü bir çalışmada kilo memnuniyet düzeylerinin YTT'den alınan puanlar üzerinde anlamlı bir yordama etkisine sahip olduğu, katılımcıların kilo memnuniyetleri arttıkça şişmanlık kaygılarının ve yeme tutumu ile ilgili sosyal baskı hissetme düzeylerinin düştüğü gözlenirken, kilolarına yönelik memnuniyetsizlik arttıkça, bozulmuş yeme davranışı sıklığının arttığı görülmüştür (337). Yapılan araştırmalar sonucunda görülen ortak bulgu, bireylerin kilolarından duydukları memnuniyetsizlik

düzeylerinin bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının oluşumunda etkili olduğu bilgisiyle tutarlıdır (338).

Katılımcılardan halihazırda diyet yapanlarda (%17,4) ve geçmişte diyet yapmış olanlarda (%10) bozulmuş yeme davranışı sıklığı, hayatında hiç diyet yapmamış olanlara (%4,6) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kadioğlu ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada, bizim sonuçlarımızla benzer olarak, diyet yapanlarda yapmayanlara göre riskli yeme tutumu görülme oranı daha fazla bulunmuştur (19). Neumark-Sztainer ve ark.'nın ergenlerde ve Ulaş ve ark.'nın sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları araştırmalarda diyet yapma durumu ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (124, 339). Keskin ve ark. ile Yanık Şahin E.'nin tıp fakültesi öğrencilerinde yürüttükleri çalışmalarda bozulmuş yeme tutumu ile diyet yapma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (297, 298). White ve ark.'nın yapmış olduğu araştırmada 1995'ten 2008'e kadar geçen sürede yeme bozukluğunun erkekler ve kadınlarda anlamlı düzeyde artış göstermesi diyet yapma ve sağlıksız kilo kontrol yöntemlerinin kullanımının artmasıyla ilişkili olduğu, diyet yapma davranışının yeme bozukluğu gelişmesine yol açan ortak uyarıcı olduğu vurgulanmıştır (340). Diyet yapma davranışı ile ortaya çıkan açlığın etkileri, kilo kaybı ve beslenme sorunlarının kişide bazı psikolojik değişikliklere neden olduğu, diyet yapma sıklıkları arttıkça şişmanlık kaygılarının, zayıflıkla uğraşmalarının arttığı ve özellikle profesyonel yardım almadan uygulanan diyet ile beraber yeme tutumlarının da olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre, %9,7'sinin zayıf, %68,2'sinin normal BKİ sahip olduğu, %16,7'sinin fazla kilolu ve %5,4'ünün obez olduğu belirlendi. Bizim araştırmamızla paralel olarak Yanık Şahin E.'nin tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %7,3'ünün zayıf, %74,1'inin normal kilolu, %18,6'sının fazla kilolu ve obez olduğu belirlendi (297). Çelik ve ark.'nın yapmış olduğu araştırmada %8,1'inin zayıf, %76,5'unun normal, %13,9'unun fazla kilolu ve %1,6'sının obez olduğu bulunmuştur (341). Literatürde; zayıf ve normal BKİ olanların oranının, obez ve fazla kilolu olanlardan yüksek bulunması bu dönemde öğrencilerin vücut görünümlerine önem vermesi ve son zamanlarda özellikle kadınlar arasında yaygınlaşan “ince vücut” görünümüne sahip olma akımına bağlı olduğu düşünülebilir. Sonuç olarak, öğrenciler arasında obez ve aşırı kilolu olmanın az görülmesi toplum sağlığı açısından olumlu bir durumdur. Araştırmamızda zayıf (%7) ve BKİ normal (%11,5) olanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme sıklığının, fazla kilolu (%3,1) ve obez olanlara (%6,3) göre yüksek

olması BKİ ile yeme tutumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($p<0,05$). Alşan Çakırlı Z.'nin lise kız öğrencilerinde ve Erol ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmalarda kilo memnuniyeti, yaş, cinsiyetin dışında, yeme bozukluklarını etkileyen en önemli faktörlerden birinin de BKİ olduğu gösterilmiştir (117, 157). Moore ve ark. ile Şengül ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda BKİ ile olası yeme tutumu bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (342, 343). Çalışmamızla paralel olarak Forman ve ark.'nın lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada yeme bozukluğu riskinin obez öğrencilerden çok, zayıf olan kişilerde daha fazla olduğu görülmüştür (344). Siyez ve ark.'nın yapmış olduğu araştırmada ise yeme tutumu testinden yüksek puan alanların normalden zayıf oldukları saptanmıştır (304). Ünal ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ise BKİ normal olanların olası yeme bozukluğu oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (80). Ulaş ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırma sonuçlarına göre toplam YTT puanları ile BKİ değerleri arasında anlamlı ve zıt yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (345). Bu bulguların aksine; Çelik ve ark. ile Roberts M. E.'nin yaptığı çalışmalarda ise BKİ ile bozulmuş yeme tutumu arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve BKİ arttıkça yeme davranışı patolojisinin arttığı görülmüştür (26, 346). Usta ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptığı araştırmada öğrencilerin BKİ'nin yeme tutumu davranışını etkilediği, aşırı kilolu ve obez olan öğrencilerin yeme tutum puanlarının normal kilolulara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (347). Desai ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise lise öğrencilerinde yeme bozukluklarının görülme sıklığı ile aşırı kiloluluk ve obezite görülme sıklığı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (348). Benzer şekilde, Kaya ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da normalüstü (fazla kilolu-obez) vücut kitle indeksine sahip olan katılımcıların, zayıf ve normal vücut kitle indeksine sahip olan katılımcılara göre daha fazla bozulmuş yeme tutumuna sahip oldukları gözlenmiştir (349). Yanık Şahin E. ile Keskin ve ark.'nın tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı araştırmada BKİ ile yeme tutumu bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (297, 298). Arnik M. Ç.'nin üniversite öğrencilerinde ve Çelik ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yürüttüğü çalışmalarda BKİ ile bozulmuş yeme davranışı arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (331, 341). Alkan ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptığı araştırmada öğrencilerin çoğunun BKİ ortalamasının normal olduğu ve BKİ'nin yeme tutumunu etkileyen bir faktör olmadığı kaydedilmiştir (336). BKİ zayıf veya normal olanların yeme tutumundaki bozulmaların anoreksik ve bulimik tutumlarla bağlantılı olabileceğini, fazla kilolu veya obez olanların ise tıknırcasına yeme bozukluğu ya da vücut ağırlıklarının yüksekliği nedeniyle yeme davranışlarını denetim altına almak istemeleri ile ilişkili

olabileceği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarının farklı olmasının nedeni örneklem yaşlarının farklı olması, okudukları bölümlerin zorluk derecelerinin farklı olması ve kültürler arası farklılık olabilir. Dolayısıyla yaşlarına, okudukları bölüme ve yaşanan topluma bağlı olarak BKİ ile yeme tutumlarına yönelik sosyal baskı, düşünce ve davranışların farklılık gösterebileceği söylenebilir.

Bizim çalışmamızda ailesiyle yaşayanların %8,2'sinde, arkadaşla/arkadaşlarıyla veya yurttan yaşayanların %6,7'sinde, evde tek başına yaşayanların ise %14,5'inde bozulmuş yeme davranışı görülmüştür ve yeme tutumu ile yaşadığı yer arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,066$). Yanık Şahin E.'nin tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı bir araştırmada öğrencilerden ailesiyle yaşayanların %8,1'inde, öğrenci evinde kalanların %9,8'inde, yurda kalanların %14,3'ünde ve evde yalnız yaşayanların ise %20'sinde yeme tutumu bozukluğu tespit edilmiş ve bizim sonuçlarımızla paralel olarak kaldığı yer ile yeme tutumu test skorundan 30 puan ve üzerinde alan öğrencilerle anlamlı ilişki bulunmamıştır (297). Keskin ve ark.'nın tıp fakültesinde yaptığı başka bir çalışmada ise öğrencilerin yaşadıkları yer ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (298). Çelik ve ark.'nın kadın üniversite öğrencilerinde ve Siyez ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmalarda, bizim çalışmamızla paralel olarak bozulmuş yeme davranışı ile yaşadığı yer arasında ilişki bulunmamıştır (26, 304). Ünsal ve ark. ile Arnik M. Ç.'nin üniversite öğrencilerinde yürüttüğü çalışmalarda da yeme tutumu bozukluğu ile yaşadığı yer arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (306, 331). Bu bulguların aksine; Ünal ve ark.'nın sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ve Çelik ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptığı araştırmalarda yaşadığı yer ile yeme tutumu bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (80, 341). Şengül ve ark.'nın obezite polikliniğine başvuran hastalarda ve McClelland ve ark.'nın AN tanılı kadın hastalarda yaptığı çalışmalarda da bozulmuş yeme davranışı ile yaşadığı yer arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (343, 350). Ailesi ile birlikte yaşayanlara göre evde yalnız kalanlar düzenli beslenme imkanı yeterince bulamamaları nedeniyle, sorunlarla başa çıkmada aile desteğinin olmaması ve maddi sıkıntılarının daha çok olması nedeni ile bozulmuş yeme davranışının daha fazla görülmesi beklenebilecek bir durumdur.

Araştırmamızda bozulmuş yeme davranışı, sigara içen öğrencilerin %10'unda görülürken, sigara içmeyenlerin %9,5'inde görülmüştür ve ayrıca alkol kullanan öğrencilerin %10,8'inde, kullanmayanların ise %6,8'inde bozulmuş yeme davranışı saptanmıştır ve sigara ya da alkol kullanımı ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Çelik ve ark.'nın kadın üniversite öğrencilerinde yaptığı bir

çalışmada sigara, alkol kullanma açısından yeme bozukluğu olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (26). Leon ve ark.'nın yaptığı araştırmada, sigara ve alkol kullanımı yeme bozukluğu için bir risk faktörü olarak ele alınmış, fakat çalışmanın sonucunda yeme bozukluğu ile ilişkilendirilememiştir (351). Keskin ve ark. ile Chang ve ark.'nın tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmalarda yeme tutumu ile sigara, alkol kullanımı arasında, bizim sonuçlarımızla paralel olarak, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (298, 300). Aşilar ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde ve Özdemir ve ark.'nın lise öğrencilerinde yaptığı araştırmalarda da yeme tutumu bozukluğu ile sigara, alkol kullanımı ilişkisi konusunda anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (352, 353). Ancak İlhan ve ark.'nın tıp fakültesinde yaptığı araştırmada ise sigara içen öğrencilerde yeme tutumu bozukluğu sıklığı daha yüksek bulunmuştur (35). Ulaş ve ark.'da sigara içme durumu ile YTT puanları arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir (339). Sigara ve alkol gibi sağlığa zararlı davranışların yeme tutumu bozukluğu ile özgün bir ilişkisinin olmadığı düşünülebilir.

Öğrencilerden düzenli egzersiz yapanlarda bozulmuş yeme davranışı görülme sıklığının (%12), düzensiz egzersiz yapan (%7,6) veya hiç egzersiz yapmayan öğrencilerdeki görülme sıklığından (%10,1) daha yüksek olması anlamlı bir ilişki olarak saptanmamıştır ($p>0,05$). Keskin ve ark.'nın tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir araştırmada son 3 ay içerisinde kilo vermek ya da kilo almayı önlemek amacıyla egzersiz yapanlarda yeme tutumu bozukluğu %68,9 iken, yapmayanlarda bu oran %49,5 olarak bulunmuştur ve son 3 ay içerisinde egzersiz yapanlarda, yapmayanlara göre yeme bozukluğu oranının daha fazla olmasıyla birlikte gruplar arasındaki bu fark anlamlı görülmemiştir (298). Ünal ve ark.'nın sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ve Siyez ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmalarda egzersiz yapma durumu ile yeme tutumu bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (80, 304). Ancak Tunç ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise spora gitme durumlarının YTT puanları üzerine etkisinin olduğu tespit edilmiş ve egzersiz yapanların özellikle diyet ile ilgili yeme tutumlarındaki bozulmanın daha fazla olduğu belirlenmiştir (337). Arnik M. Ç.'nin üniversite öğrencilerinde yürüttüğü bir araştırmada da yeme tutumu bozukluğu riski bulunan öğrencilerin, riski bulunmayan öğrencilere göre egzersiz yapma oranlarının anlamlı şekilde yüksek olduğuna dair bulgular ortaya konmuştur (331). YTT puanı yükseldikçe, yani aşırı kalorili yiyeceklerden kaçınma ve daha zayıf olma ile aşırı uğraşma ile birlikte egzersiz miktarının artması beklenen bir durum olup her iki faktöründe birbirini etkilediği düşünülebilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Yeme tutumu bozuklukları, hem kişilerin yaşamlarının pek çok yönüne etki etmesi, hem de sık rastlanan bir rahatsızlık olması sebebiyle günümüzde toplum sağlığı açısından önemi artan, adolesan ve genç erişkinlerde görülme sıklığının yüksek olmasının da katkısıyla morbidite ve mortalite açısından erken tanı ve tedaviyi gerektiren önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde giderek yaygınlaşan yeme tutumu bozukluklarının sıklığı net olarak bilinmese de, özellikle gençlerde tanı konulamayacak düzeyde yanlış yeme tutumları ile karşılaşmaktadır.

Bireylerin yaşam tarzı ve ilerleyen dönemde sağlık durumlarını belirleyecek olan birçok alışkanlık üniversite hayatında oluşmaktadır. Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam tarzı bilincini oluşturan en önemli etkenlerden biri de yeme tutum ve davranışlarıdır. Yeme tutumu bozukluğu her yaşta görülebilen bir sağlık sorunudur; ancak üniversite öğrencileri en fazla risk altında olan gruptadırlar. Bu dönemde kişiler problemlerinin çoğuyla kendileri baş etmek zorunda kalırlar ve en önemlisi beslenme tarzlarını ailelerinden ayrı özgür bir şekilde oluştururlar. Bu süreçte karşılaşılan sorunlar kişileri yeme tutumu bozukluğuna götürebilmektedir. Üniversite döneminde yeme tutumunun birçok faktörden etkilenmesi ve yeme bozukluklarına zemin hazırlanması özellikle bu dönemin üstünde durulması ve bu yönde çalışmalar yapılması gerektiği açık olarak görülmektedir. Özellikle tıp fakültesi öğrencileri, diğer bölümlerdeki öğrencilere göre daha uzun ve zorlu bir eğitim süreci geçirmeleri, ayrıca psikolojik açıdan daha fazla strese maruz kalmaları nedeniyle, yeme tutumunun nasıl etkilendiği ve depresyon, anksiyete, dürtüsellikle ilişkisinin ortaya konması açısından üstünde durulması gereken bir gruptur. Üstelik doktor adaylarının doğru beslenme tutumuna sahip olmaları, toplum sağlığına olan doğrudan veya dolaylı yoldan etkileri nedeniyle son derece önemlidir.

Yeme bozuklukları, negatif beden imgesi ve beraberinde getirdiği duygulanım bozukluklarını da içine alan bir hastalık grubudur, bu sebeple fizyolojik yönü kadar psikolojik yönüde çok önemlidir ve daha fazla araştırılması gerekmektedir. Bozulmuş yeme davranışlarına çoğu zaman eşlik eden depresyon, anksiyete ve dürtüsellikle ilgili sorunların yeme tutumuyla olan ilişkisinin ortaya koyulması ve hekimler ile konuyla ilgili diğer meslek gruplarının da bu ilişkinin farkında olması, yeme bozukluklarının tedavisinin bütüncül yaklaşımında ve yönetiminde zincirin en önemli halkalarından birisidir. Yeme tutumu bozuklukları, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik konusunda birçok çalışma yapılmıştır ve bu çalışmalar sonucunda tanı koymada yardımcı birçok ölçek geliştirilmiştir.

Bu çalışmada ise yeme tutumu bozuklukları için Yeme Tutumu Testi (YTT-40), depresyon için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), anksiyete için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve dürtüsellik için Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11-Kısa Form (BIS-11) anketini kullandık.

Çalışmamıza katılan 588 öğrencinin %9,4'ünde bozulmuş yeme tutumu ya da bozulmuş yeme davranışı olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu bozukluğu ile ilgili yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde bu oran çok kötü olmamakla birlikte farkındalığın artırılması ve önemszenmesi gereken bir sorunun varlığını göstermektedir.

Yeme tutumunun depresyon, anksiyete ve dürtüsellik ile olan ilişkisi birçok çalışma ile desteklenen ve dikkat edilmesi gereken bir durum haline gelmiştir. Bu çalışmada yeme tutumu bozukluğu ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif, plan yapmama dürtüsellliği arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda öğrencilerde depresyon ve anksiyete şiddeti arttıkça yeme bozukluğu görülme sıklığının arttığını bulduk. Bu sonuçlar benzer çalışmaların bulduğu sonuçlar ile uyumludur. Yeme tutumunu etkileyen birçok faktörün olabileceği geçmişten günümüze yapılan araştırmalarla gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda yeme tutumunu etkileyen faktörler; cinsiyet, ilaç kullanmasını gerektirecek hastalık durumu, BKİ, kilo problemi ile ilgili düşüncesi, diyet yapma durumu, riskli davranış gösterme olarak bulunmuştur. Farklı ülkelerde ve örneklem gruplarında yapılan çok sayıda benzer çalışmada ulaşılan sonuçlarda ortak faktörlere işaret etmektedir.

Araştırmada öğrencilerin kendi beyanlarına dayanan ölçme yöntemleri kullanılmıştır. Bu tarz bir değerlendirme sosyal isteksizlik ve anket uygulaması sırasında sıkılma nedenli hata payı gibi zayıflıklara açık olduğu için yöntemin katılımcıların yeme tutumu bozukluğu, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyini yanlış hesaplama potansiyeli araştırmanın başlıca kısıtlılıklarındandır. Kişisel bilgi formunda da öğrencilerin bildirdikleri şekilde ele alınan boy, kilo bilgilerinin ve bu bilgiler doğrultusunda hesaplanan BKİ'nin ölçümle kesinleştirilmemiş olması, öğrencilerin bilgisine dayalı olması diğer bir kısıtlılıktır. Bu araştırmanın, tıp fakültesi öğrencilerinde sınırlı kalması ve sonuçların sadece bu örneklem grubu için geçerli olması, toplumun tamamını temsiliyeti açısından yalnızca belli bir yaş grubunda gerçekleştirilmiş olması ve sınırlı sayıda kişiye uygulanması diğer kısıtlılıklarıdır.

Aile hekimliği, gerek sağlıklı birey takibinde gerekse hasta bireylerin sağlık kuruluşlarına başvuruları noktasında ilk basamağı oluşturmaktadır. Birinci basamağın en önemli yapı taşı olan aile hekimi uzmanlarının aldıkları tıbbi ve psikososyal eğitimleri doğrultusunda yeme bozukluklarını erken dönemde tanımaları ve depresyon, anksiyete,

dürtüsellikle olan ilişkisini belirlemeleri; tedavi ve takipte bütüncül bir yaklaşım izlenmesi, sürecin daha iyi yönetilmesi ve toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Yeme tutumu bozukluklarının takibinde ve tedavisinde, eşlik etmesi muhtemel depresyon, anksiyete ve dürtüsellik ile ilgili sorunlar dikkat edilmesi ve farkındalık yaratılması gereken en önemli unsurlardır. Literatürde yeme tutumunu etkileyen birçok faktör tanımlanmıştır ve birbirinden farklı sonuçlar mevcuttur. Bu nedenle benzer çalışmaların daha büyük çalışma gruplarıyla ve karşılaştırılmalı olarak yapılması önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Uğur M. M. Yeme bozuklukları tarihçesi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 1(1): 1-7, 2008.
2. Saygılı F. Obezite Komplikasyonları. Obezite ve Tedavisi(Ed: Yılmaz C.). İstanbul, Mart Matbaacılık, 41-57, 1999.
3. Arkonaç S. A. Sosyal psikolojide insanları anlamak: deneysel ve eleştirel yaklaşımlar. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2008.
4. Shafran R. & Robinson P. Thought-shape fusion in eating disorders. British Journal of Clinical Psychology, 43: 399-407, 2004.
5. Erol A, Toprak G. & Yazıcı F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(1): 48-57, 2002.
6. Bushi B. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu, anksiyete ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2016.
7. Ertaş S. H. Yeme bozuklukları: anoreksiya, bulimia ve diğerleri. İstanbul, Timaş Yayınları, 2006.
8. Tam C, Cherry F. N, Chak M. Y. Disordered eating attitudes and behaviours among adolescent in Hong Kong: prevalence and correlates. Journal of Pediatrics Child Health, 43(12): 811-817, 2007.
9. Molarius A, Seidel J. C, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with over weight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. Journal of Clinical Epidemiology, 52(12): 1213-1224, 1999.
10. Johnson P. M, Kenny P. J. Dopamine D2 receptors in addiction like reward dysfunction and compulsive eating in obeserats. Nature neuroscience, 13(5): 635-641, 2010.
11. Wang G. J, Volkow N. D, Logan J, Pappas N. R, Wong C. T, Zhu W. Brain dopamine and obesity. The Lancet, 357(9253): 354-357, 2001.
12. Göncü B. 15-30 Yaş aralığındaki kadınlarda emosyonel yeme, öfke ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2017.
13. Farahani S. J, Chin Y. S, Nasir M. T. M, Amiri P. Disordered eating and its association with over weight and health-related quality of life among adolescents in selected high schools of Tehran. Child Psychiatry Hum Dev, 1: 1-8, 2014.
14. Jones J. M, Bennett S, Olmsted M. P, Lawson M. L, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. CMAJ, 165(5): 547-552, 2001.
15. Yılmaz B. Ankara üniversitesindeki öğrencilerin beslenme durumları, fiziksel aktiviteleri, beden kitle indeksleri ve kan lipidleri arasındaki ilişkiler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
16. Ünsal A, Tozun M, Ayrancı Ü, Arslantaş D. Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. Dirim Tıp Gazetesi, 85(3): 110-112, 2010.
17. Baysal A. Beslenme. 13. Baskı, Ankara, Hatiboğlu Yayıncılık, 9-507, 2011.
18. Vançelik S, Önal S, Güraksın A, Beyhu E. Üniversite öğrencilerinin beslenme, bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4): 242-248, 2007.

19. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5(2): 96-104, 2015.
20. Kundakçı H, Hovardaoğlu S. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları benlik algısı, vücut algısı ve stres belirtileri açısından karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2005.
21. Davis C. Compulsive overeating as an addictive behavior: overlap between food addiction and binge eating disorder. *Current Obesity Reports*, 2(2): 171-178, 2013.
22. Maddi S. R, Khoshaba D. M, Persico M, Bleecker F, Van Arsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obesity surgery*, 7(5): 397-404, 1997.
23. Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Backman L, Bengtsson C, Bouchard C. Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal Of Obesity And Related Metabolic Disorders: Journal Of The International Association For The Study Of Obesity*, 17(9): 503-512, 1993.
24. Çakır Z. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme tutumlarının mükemmeliyetçilik, sosyotropi-otonomi, üstbilişler, duygulara ilişkin inançlar, duygusal zorlanmaya toleranssızlık ve kaçınma ile ilişkisi: yakınlaştırıcı ve sürdürücü faktörlere dayalı bir model önerisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2013.
25. Değirmenci T. Obez erişkinlerde benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, 2006.
26. Çelik S, Yoldaşan E. B, Okyay R. A. & Özenli Y. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(1): 42-50, 2016.
27. Şahin G. Ağır sanayi kuruluşunda çalışan erkeklerde iş stresi, yeme tutumu, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2017.
28. Tasca G. A, Szadkowski L, Illing V, Trinneer A, Grenon R, Demidenko N, Krynski V, Balfour L. & Bissada H. Adult attachment, depression and eating disorder symptoms: the mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6): 662-667, 2009.
29. Andersen A. E. & Yager J. Eating disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry Vol. 1*(Ed: B. J. Sadock & V. A. Sadock), 8. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2002-2021, 2005.
30. Bulik C. M, Sullivan P. F. & Fear J. L. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand*, 96(2): 101-107, 1997.
31. Janout V, Janoutova G. Eating disorders risk groups in the Czech Republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. *Biomed Papers*, 148(2): 189-193, 2004.
32. Piran N. Eating disorders: a trial prevention in a high risk school setting. *Journal of Primary Prevention*, 20(1): 75-90, 1999.
33. Kılıç M. & Karakuş Ö. Üniversite öğrencilerinin sosyal görünüş kaygıları ile benlik saygıları ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 13(3): 3837-3852, 2016.

34. Aktekin M, Karaman T, Şenol Y. Y. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education*, 35(1): 12-17, 2001.
35. İlhan M. N, Özkan S, Aksakal F. N, Aslan S, Durukan E, Maral I. Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(3): 151-155, 2006.
36. Saper C. B, Chou T. C, Elmquist J. K. The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron*, 36(2): 199-211, 2002.
37. Yılmaz B. Bir grup lise öğrencisinin internet kullanımlarının beden algıları ve yeme tutumları ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2017.
38. Yılmaz İ. Klinik olmayan bir örneklemede yeme tutumu, beden algısı ve benlik saygısı ile disosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2014.
39. Kumcağız H, Şahin C, Alakuş K. & Akbaş M. Yeme tutumlarını yordamada umut ve olumsuz düşüncelerin rolü. *International Journal of Eurasia Social Sciences*, 8(29): 939-954, 2017.
40. Güzey M. Kadınlarda ağırlık yönteminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, 2014.
41. Bayraktar F. Yemek ya da yememek. İstanbul, Doğan Egmont Yayıncılık, 2011.
42. Oyekcin D. G, Yıldız D, Şahin E. M. & Gür S. Depression and anxiety in obese patients. *Turkish of Journal Endocrinology and Metabolism*, 15(4): 121-124, 2011.
43. Bozoklu G. Edirne kent nüfusunda yeme davranışı ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2014.
44. Maner F. Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5(4): 130-139, 2001.
45. Fairburn C. G, Cooper Z. & Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a ‘transdiagnostic’ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5): 509-528, 2003.
46. Hoek W.H. & Hoeken Van D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4): 383-396, 2003.
47. Kjelsas E, Bjornstrom C. & Götestam G. K. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviors*, 5(1): 13-25, 2004.
48. Toker D. & Hocaoglu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4): 36-42, 2009.
49. Tasca G. & Balfour L. Attachment and eating disorder: a review of current research. *International Eating Disorder*, 47(7): 710-717, 2014.
50. Bulik C. M, Reba L, Siega-Riz A. M. & Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: defination, epidemiology and cycle of risk. *International Journal Eating Disorder*, 37: 2-9, 2005.
51. Alpaslan A. H, Koçak U, Avcı K. & Taş H. U. The association between internet addiction and disordered eating attitudes among turkish high school students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(4): 441-448, 2015.
52. Scalf-Mciver L. & Thompson J. K. Family correlates of bulimic characteristics in college females. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3): 467-472, 1989.

53. Scarano G. M. & Kalodner-Martin C. R. A description of the continuum of eating disorders: implications for intervention and research. *Journal of Counseling and Development*, 72(4): 356-367, 1994.
54. Tylka T. L. & Subich L. M. Exploring the construct validity of eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2): 268-276, 1999.
55. Macht M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*, 33(1): 129-139, 1999.
56. Özgen L, Kınacı B. & Arlı M. Eating attitudes and behaviors of adolescents. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 45(1): 229-247, 2012.
57. Sart C. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumlarının bazı değişkenlere göre yordanması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, İzmir, 2008.
58. Sansone R. A. & Sansone L. A. The relationship between borderline personality and obesity. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(4): 36-40, 2013.
59. Oral N. Yeme tutum bozukluğu ile kişilerarası şemalar, bağlanma stilleri, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.
60. Vardal E. Yeme tutumu: bağlanma stilleri ve geştalt temas biçimleri açısından bir değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2015.
61. Ertekin-Aslantaş B. Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2010.
62. Keçeli F. Yeme bozukluğu hastalarında obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluğu. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2006.
63. Oğlağı Z. Yeme bozukluklarında çocukluk çağı travmalarının benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkileri. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2012.
64. Garner D. & Garfinkel P. Handbook of treatment for eating disorders. Second Edition, New York, The Guilford Press, 1997.
65. Nasser M. A prescription of vomiting: historical footnotes. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1): 129-131, 1993.
66. Parry-Jones B. & Parry-Jones W. Bulimia: an archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2): 129-143, 1991.
67. Batıgün A. D. & Utku Ç. Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(57): 65-78, 2006.
68. Hetherington M. M. Eating disorders: diagnosis, etiology and prevention. *Nutrition*, 16(7/8): 547-551, 2000.
69. Tong J, Miao S, Wang J, Yang F, Lai H, Zhang C, Zhang Y. & Hsu L. G. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3): 499-505, 2014.
70. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E. & Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2): 129-135, 2006.

71. Davison G. & Neale J. Anormal psikoloji(Ed: Dağ İ.), 7.Basım, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004.
72. Vardar E. & Erzen M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(4): 205-212, 2011.
73. Hoek H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Current Opinion in Psychiatry, 19(4): 389-394, 2006.
74. Yüksel N. Ruhsal hastalıklar. 4.Baskı, Ankara, MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, 2006.
75. O'Dea J. Can body image education programs be harmful to adolescent females?. Eating Disorders Journal of Treatment & Prevention, 10(1): 1-13, 2002.
76. Başçivi G. The role of emotion regulation difficulties in dysfunctional eating behaviors and food addiction. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir University, İstanbul, 2017.
77. Mangweth-Matzek B, Hoeki H. W, Rupp C. I, Lackner-Seaifert K, Frey N, Whitworth A. B, Harrison G. P. & Kinzl J. Prevalence of eating disorders in middle-aged women. International Journal of Eating Disorders, 47(3): 320-324, 2014.
78. Polivy J. & Herman C. P. Causes of eating disorders. Annual Review Psychology, 53(1): 187-213, 2002.
79. Altuğ A, Elal G, Slade P. & Tekcan A. The eating attituded test (EAT) in a Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables. Eating and Weight Disorders, 5(3): 46-50 & 152-160, 2000.
80. Ünal D, Öztop D. B, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B. & Güneş D. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16(2): 75-81, 2009.
81. Ruth H, Roselli F, Perrin N, Debar L, Wilson G. T, May A. & Kraemer H. C. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. International Journal of Eating Disorders, 42(5): 471-474, 2009.
82. Büyükgöze Kavaş A. Eating attitudes and depression in a turkish sample. European Eating Disorders Review, 15(4): 305-310, 2007.
83. Farahani S, Chin Y, Nasir M. & Amiri P. Disordered eating and its association with overweight and health-related quality of life among adolescents in selected high schools of Tehran. Child Psychiatry & Human Development, 46(3): 485-492, 2015.
84. Liao Y, Liu T, Cheng Y, Wang J, Deng Y, Hao W. & Tang J. Changes in eating attitudes, eating disorders and body weight in chinese medical university students. International Journal of Social Psychiatry, 59(6): 578-585, 2013.
85. Lundahl A, Wahlstrom L. C, Christ C. C. & Stoltenberg S. F. Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. Eating Behaviors, 18: 120-124, 2015.
86. Tam C. K, Ng C. F, Yu C. M. & Young B. W. Disordered eating attitudes and behaviours among adolescents in Hong Kong: prevalence and correlates. Journal of Paediatrics and Child Health, 43(12): 811-817, 2007.
87. Yeşilbursa D. Lise öğrencilerinde anoreksiya nervoza-bulimia sıklığı ve beden imgesinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 1990.

88. Yıldırım M, Akyol A. & Ersoy G. Şişmanlık(Obezite) ve Fiziksel Aktivite(Ed: Coşkun A, Kesici C, Çelikcan E, Bilici S.). Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008.
89. Uzun Ö, Güleç N, Özşahin A, Doruk A, Özdemir B. & Çalışkan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2): 123-126, 2006.
90. Şanlıer N, Yabancı N. & Alyakut Ö. An evolution of eating disorders among a group of turkish university students. *Appetite*, 51(3): 641-645, 2008.
91. Çelikel C. F, Cumurcu E. B, Koç M, Etikan İ. & Yücel B. Psychologic correlates of eating attitudes in turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2): 188-194, 2008.
92. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı(Ed: Köroğlu E.). Beşinci Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 392-396, 2013.
93. Oral N. Yeme tutum bozukluğunun kişilerarası şemalar, bağlanma, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke ile ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62): 77-78, 2008.
94. Kaplan H. & Sadock B. Klinik psikiyatri(Ed: Abay E.). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004.
95. Ertan T. Yeme bozukluklarında görülen aile yapısı özellikleri: aile ortamında fertlerin birbirlerini etkilemiş özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry - Special Topics*, 1(1): 17-20, 2008.
96. Kring A, Johnson S, Davison G. & Neale J. Anormal psikoloji(Ed: Şahin M.). 12. Basım. İstanbul, Nobel Yayıncılık, 2015.
97. Klein D. & Walsh B. Eating disorders: clinical features and pathology. *Physiology & Behavior*, 81(2): 359-374, 2004.
98. O'Brien K & Vincent N. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23(1): 57-74, 2003.
99. Bayraktar F. Aşırı yeme bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics*, 2(3): 25-29, 2009.
100. Hacıarif A. Yetişkin bireylerin beslenme durumlarının incelenmesi ve tıknırcasına yeme bozukluğunun belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2016.
101. Kessler R. C, Berglund P. A, Chiu W. T, Deitz A. C, Hudson J. I, Shahly V, O'Neill S. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9): 904-914, 2013.
102. Suldo S. M. & Sandberg D.A. Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15: 59-73, 2000.
103. Siyez D. M. Yeme Bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20: 21-27, 2006.
104. Kuruoğlu Ç. Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(1): 32-37, 2000.
105. Erbay L. & Seçkin Y. Yeme bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 20(4): 473-477, 2016.

106. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J. & Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3): 393-401, 2000.
107. Butcher J, Mineka S. & Hooley J. *Anormal psikoloji*(Ed: Gündüz O.). İstanbul, Kaknüs Yayınları, 2013.
108. Becker A. E, Keel P. K, Anderson Fye E. P. & Thomas J. J. Genes and/or jeans?: genetic and sociocultural contributions to risk for eating disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 23(3): 81-103, 2004.
109. Grice D. E, Halmi K. A, Fichter M. M, Strober M, Woodside D. B, Treasure J. T, Kaplan A. S, Magistretti P. J, Goldman D, Bulik C. M, Kaye W. H. & Berrettini W. H. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *American Journal of Human Genetics*, 70(3): 787-792, 2002.
110. Öztürk O. & Uluşahin A. N. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015.
111. Andersen A. E. Anorexia Nervosa: 11 areas of advancement. *Eating Disorders Review*, 14(2): 1-3, 2003.
112. Favara A, Tenconi E. & Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63(1): 82-88, 2006.
113. Ricciardelli L.A. & McCabe M. P. Sociocultural and individual influences on muscle gain and weight loss strategies among adolescent boys and girls. *Psychology In The Schools*, 40(2): 209-224, 2003.
114. Tozzi F. & Bulik C. M. Candidate genes in eating disorders. *Current Drug Targets- CNS & Neurological Disorders*, 2(9): 31-39, 2003.
115. Stice E, Schupak-Neuberg E, Heather E. & Stein R. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4): 836-840, 1994.
116. Stice E, Maxfield J. & Wells T. Adverse effect of social pressure to be thin on young women: an experimental investigation of the effects of "fat talk". *International Journal of Eating Disorders*, 34(1): 108-117, 2003.
117. Alşan Çakırlı Z. *Anormal yeme tutum ve davranışlarının aile ortamı, özgüven ve mükemmeliyetçilik ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2005.
118. Hart K. & Kenny M. E. Adherence to the super woman ideal and eating disorder symptoms among college women. *Sex Roles*, 36(7/8): 461-478, 1997.
119. Güney E. & Kuruoğlu A. *Yeme bozukluklarında beyin görüntüleme yöntemleri*. *Klinik Psikiyatri*, 10(2): 93-101, 2007.
120. Utter J, Neumark-Sztainer D, Wall M. & Story M. Reading magazine article about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal Adolescent Health*, 32(1): 78-82, 2003.
121. Aytin N. Ergenlerde yeme tutumları ile sorun çözme eğilimleri ve ebeveyn bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın, 2014.
122. French S. A, Perry C. L, Leon G. R, Fulkerson J. A. Dieting behaviors and weight change history in female adolescents. *Health Psychol*, 14(6): 548-555, 1995.
123. Franco-Paredes K, J Mancilla-Díaz J. M, Va'zquez-Are'valo R, Lo'pez-Aguilar X. & A'lvarez-Rayó'n G. Perfectionism and eating disorders: a review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13(1): 61-70, 2005.

124. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M. & Fulkerson J. A. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. *Journal of Adolescent Health*, 35(5): 350-359, 2004.
125. Oltmanns T. F, Neale J. M. & Davison G. C. Anormal davranışlar psikolojisinde vaka çalışmaları (Ed: Dağ İ, Fırat A, Gözene Ö, Keskingöz B, Özalp O, Sungur M, Tolan Ö. & Yazıcı P.). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2003.
126. Granillo T, Jones-Rodriguez G. & Carvajal S. C. Prevalence of eating disorders in latina adolescents: associations with substance use and other correlates. *Journal of Adolescent Health*, 36(3): 214-220, 2005.
127. Aleksandrova R. V. & Meshkova T. A. The features of family relations of adolescent girls at risk of eating disorders. *Clinical Psychology & Special Education*, 5(2): 33-45, 2016.
128. Lawler M. & Nixon E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1): 59-71, 2011.
129. Akbulut G. Tıbbi beslenme tedavisinde güncel uygulamalar. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017.
130. Gezer C. & Kabaran S. Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervoza riski. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 14-22, 2013.
131. Brytek-Matera A, Donini L. M, Krupa M, Poggiogalle E, Hay P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3(1): 2-12, 2015.
132. Durneva M. Y. & Meshkova T. A. The influence of sociocultural standards of attractiveness on the development of body appreciation and eating behavior among adolescent and young girls. *Psychological Science and Education*, 18(2): 25-34, 2013.
133. Hudson I. J, Hiripi E. & Kessler C. R. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3): 348-358, 2007.
134. Kesi-Rahkonen A, Hoek W. H. Susser S. E, Linna S. M, Sihvola E, Raevuori A, Bulik C, Kaprio J. & Rissanen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American Journal of Psychiatry*, 164(8): 1259-1265, 2007.
135. Rome E. S. & Ammerman S. Medical complications of eating disorders: an update. *Journal Of Adolescent Health*, 33(6): 418-426, 2003.
136. Semiz M, Kavakcı Ö, Kugu N, Yağız A, Yontar G. Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3): 149-157, 2013.
137. Cinemre B. Yeme bozuklukları: epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 4(2): 137-154, 2009.
138. Kocabaşoğlu N. Yeme bozuklukları. *Yeni Symposium*, 39(2): 95-99, 2001.
139. Garfinkel P. E, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom, D. S, Kennedy S. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *British Journal of Psychiatry*, 168(4): 500-506, 1996.
140. Fairburn C. G. & Harrison P. J. Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355): 407-416, 2003.
141. Fairburn C. G. & Cooper P. J. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. *Eating disorders* (Ed: Keith H, Paul M. S, John K. & Clark D. M.). New York, Oxford Univ Press. 277-314, 1989.

142. Soygüt G. Yeme bozukluklarının bilişsel davranışçı tedavisi. Bilişsel davranışçı terapiler(Ed: Savaşır I, Soygüt G. & Kabakçı E.). Ankara, Türk Psikologlar Derneği. 112-139, 2003.
143. Geller J. & Dunn E. Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: tailoring interventions to patient readiness for change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1): 5-15, 2011.
144. Gürdal A. Yeme bozuklukları ve tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(1): 21-27, 1999.
145. Zerbe K. J. Psychodynamic management of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*(Ed: Yager J. & Powers P. S.). Washington DC, American Psychiatric Publishing. 307-334, 2007.
146. Zwaan M. & Roerig J. Pharmacological treatment of eating disorders: a review. *Eating disorders*(Ed: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor J. J. & Sartorius N.). West Sussex, John Wiley & Sons. 222-285, 2003.
147. Myers E. S. Counseling clients with eating disorders. *Nutrition therapy: advanced Counseling Skills*(Ed: King K. & Klawitter B.). New York, Lippincott Williams & Wilkins. 203-218, 2007.
148. Miller W. R. & Rollnick S. Motivasyonel görüşme: insanları değişime hazırlama(Ed: Karadağ F, Ögel K. & Tezcan A. E.). Ankara, HYB Basım Yayın, 2009.
149. Feld R, Woodside D. B, Kaplan A. S, Olmsted M. P. & Carter J. C. Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: a pilot study, *International Journal of Eating Disorders*, 29(4): 393-400, 2001.
150. Murphy R, Straebl S, Basden S, Cooper Z. & Fairburn C. G. Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(2): 150-158, 2012.
151. Birchall H. Interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 7(5): 315-320, 1999.
152. Lange A, Schaap C. & Widenfelt B. V. Family therapy and psychopathology: developments in research and approaches to treatment. *Journal of Family Therapy*, 15(2): 113-146, 1993.
153. Yüksek Öğrenim Kurulu, YKS yerleştirme sonucu ile kayıt yaptıran öğrenciler 2019. Erişim: <https://istatistik.yok.gov.tr/>
154. Golden N. H, Katzman D. K, Kreipe R, Rees J, Sawyer S. M, Stevens S, Nicholls D, Rome E. Eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 33(3): 496-503, 2003.
155. Erol A, Toprak G, Yazıcı F, Erol S. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3(2): 147-152, 2000.
156. Mazıcıoğlu M. M, Öztürk A. Dietary habits and influencing factors in university students at 3rd and 4th grades. *Erciyes Medical Journal*, 25(4): 172-178, 2003.
157. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Psychological and physical correlates of disordered eating in male and female turkish college students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3): 551-557, 2006.
158. Aslan H. & Alparslan N. Bir grup üniversite öğrencisinde yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtiler, aleksitimi ve cinsiyet rolleri arasındaki ilişki. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 5(2): 61-69, 2002.
159. Turan T, Ceylan S. S, Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek lisesi öğrencilerinin obezite sıklığının ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(1): 5-12, 2009.

160. Oğuz G. Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu. Selçuk İletişim, 4(1): 31-37, 2005.
161. Deveci E, Doksat N. G, Yektaş Ç. & Doksat K. Üniversite öğrencisi kızların yeme tutumlarının duygudurum bozukluğu ile ilişkisi. Anatolian Clinic, 21(2): 129-134, 2016.
162. Özvurmaz S, Mandıracıoğlu A. & Lüleci E. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ve yeme tutumuyla ilişkili faktörler. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2): 841-849, 2018.
163. Berg K. C, Frazier P. & Sherr L. Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: prevalence and predictors. Eating behaviors, 10(3): 137-142, 2009.
164. Musaiger A. O, Nabag F. O. & Al-Mannai M. Obesity, dietary habits, and sedentary behaviors among adolescents in sudan alarming risk factors for chronic diseases in a poor country. Food and Nutrition Bulletin, 37(1): 65-72, 2016.
165. Haines J. & Neumark D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Education Research, 21(6): 770-782, 2006.
166. Köknel Ö. Ruhsal çöküntü, depresyon. İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, 2005.
167. Kuzu Gülberk Z. Çalışan evli kadınların evlilik uyum düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
168. Tezcan A. E. Depresyonda. Ankara, Elma Yayınevi, 9-14, 2011.
169. Köroğlu E. Depresyon nedir? Nasıl baş edilir?. 5. Baskı. Ankara, Hyb Yayınları, 2006.
170. Adasal R. Ruh hastalıkları. 3. Baskı. Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1976.
171. Güler Ç. & Akın L. Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1822-1828, 2006.
172. World Health Organisation. The World Health Report 2001-Mental health: new understanding, new hope. Geneva, WHO, 2001. Erişim: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
173. Lewinsohn P. M, Rohde P, Seeley J. R, Fischer S. A. Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. J Abnorm Psychol, 102(1): 110-120, 1993.
174. Blazer D. Mood disorders: epidemiology. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry(Ed: Kaplan H, Sadock J.). 6. Baskı. Baltimore, Williams&Wilkins. 1079-1089, 1995.
175. Beck A. T. Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives Of General Psychiatry, 9(4): 324-333, 1963.
176. Bozdemir N, Karakuş G, Kurdak H. Türkiye ve dünyada erişkin depresyonu epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 8(1): 1-6, 2017.
177. Lopez A. D, Murray C. J. The global burden of disease, 1990-2020. Nature Medicine, 4(11): 1241-1243, 1998.
178. World Health Organisation. The global burden of disease: 2004 Update. Geneva, WHO, 2008. Erişim: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43942/9789241563710_eng.pdf
179. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası, 1995.
180. Weissman M. M, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parents: 10 years later. Arch Gen Psychiatry, 54(10): 932-940, 1997.

181. Blazer D. Mood disorder: epidemiology. Comprehensive textbook of psyhiatry(Ed: Sadock B. J, Sadock V. A).7. Baskı. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins. 1298-1308, 1999.
182. Sadock B. J, Sadock V. A. Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry(Ed: Aydın H, Bozkurt A.). 8. Baskı. İstanbul, Güneş Kitabevleri, 1559-1800, 2007.
183. Yalvaç H. D. Depresyonun epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 5(2): 7-13, 2012.
184. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. Clinical Psychology & Psychotherapy, 17(1): 33-43, 2010.
185. Şahiner Önal G. Selçuk üniversitesi öğrencilerinde uykusuzluk ve depresyon semptomlarının sıklığı ve ilişkili faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, 2017.
186. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a crosssectional study, Medical Education, 39(6): 594-604, 2005.
187. Güney M. Üniversite öğrencileri arasında depresyon ve problem alanlarının akademik başarı ile ilişkileri. Doçentlik Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 1982.
188. CDC/National Center for Health Statistics, National Health And Nutrition Examination Survey, 2009-2012. Erişim: <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm>
189. Ören N, Gençdoğan B. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 15(1): 85-92, 2007.
190. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003.
191. Kimter N. Gençlikte din ve depresyon: üniversiteli gençler üzerinde ampirik bir araştırma. Ekev Akedemi Dergisi, 18(60): 233-260, 2014.
192. Güleç C. Psikiyatri'nin ABC'si. 2. Baskı. İstanbul, Say Yayınları, 23-24, 2009.
193. Alper Y. Bütün yönleriyle depresyon. İstanbul, Gendaş Yayıncılık, 35-41, 1999.
194. Evren C, Ögel K. Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 30-37, 2003.
195. Özmen E. Depresyon hakkında her şey. İstanbul, Boyut Yayın Grubu, 40-47, 2004.
196. Aktay M. Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı olarak bağlanma stilleri. Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2014.
197. Kara E. Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bağlanma stilleri ve bilinçli farkındalık ile ilişkisi: öz kontrolün aracılık rolü. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2016.
198. Hollon S. D, Jacobson V. Depression: cognitive approaches. Handbook of clinical behavior therapy with adults(Ed: Hersen M. & Bellack A. S.). New York, Plenum Press, 169-199, 1983.
199. Mete L. Depresyon. 2. Baskı. İstanbul, İletişim Yayınları, 2000.
200. Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2004.
201. Adams J, Adams M. Effect of negative life event and negative perceived problem-solving alternatives on depression in adolescents a prospective study. Journal of Child Psychiatry 4(34): 743-747, 1993.
202. Ateşçi F. C. Depresyonun seyri. Duygudurum Bozuklukları Dizisi, 1(2): 99-103, 2000.

203. Blackburn I. M. Depresyon ve başa çıkma yolları (Ed: Şahin H. N. & Rugancı R. N.). 2. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2003.
204. Beck A. T. Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4): 368-375, 1991.
205. Savaşır I, Batur S. Depresyonun bilişsel davranışçı tedavisi. Bilişsel davranışçı terapiler (Ed: Savaşır I, Soygüt G. & Kabakçı E.). 3. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği. 17-46, 2003.
206. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc. Psychiatry*, 43(8): 667-672, 2008.
207. Özkürkçügil A. Ç. Bir mediko-sosyal merkezine genel sağlık sorunlarıyla başvuran öğrencilerden psikiyatrik tanı alanlarda bazı sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(2): 115-122, 1999.
208. Aydın B. Üniversite öğrencilerinin bir kesiminde çalışma alışkanlıkları ve tutumları ile depresyon seviyelerinin incelenmesi. *Marmara University Atatürk Education Faculty Journal of Educational Sciences*, 1(1): 8-15, 2013.
209. Sherer M. Depression and suicidal ideation in college students. *Psychological Reports*, 57(3/2): 1061-1062, 1985.
210. Aylaz R, Kaya B, Dere N, Karaca Z, Bal Y. Sağlık yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(1): 46-51, 2007.
211. Ibrahim A. K, Kelly S. J, Adams C. E, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J. Psychiatr. Res*, 47(3): 391-400, 2013.
212. Chen L, Wang L, Qiu X. H, Yang X. X, Qiao Z. X, Yang Y. J, Liang Y. Correction: depression among chinese university students: prevalence and socio-demographic correlates. *Plos One*, 8(11): 462-469, 2013.
213. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2): 137-146, 2007.
214. Royal college of psychiatrists. The mental health of students in higher education. Council Report CR112, London, 2003. Erişim: https://healthyuniversities.ac.uk/uploads/files/rcp_mental_healthreport2003.pdf
215. Bozkurt N. Bir grup üniversite öğrencisinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler. *Eğitim ve Bilim*, 29(133): 52-59, 2004.
216. Bifulco A, Bernazzani O, Moran P. M, Ball C. Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the adult life phase interview (ALPHI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(6): 264-275, 2000.
217. Kabakçı E. Üniversite öğrencilerinde sosyotropik/otonomik kişilik özellikleri, yaşam olaylar ve depresif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4): 273-282, 2001.
218. Kaya A. 17 Ağustos 1999 Marmara ve 12 Kasım 1999 Bolu-Düzce depremlerini yaşayan üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 15: 66-78, 2004.
219. Levy A. B, Dixon K. N. The relationship between anorexia nervosa and depression: a reevaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4): 389-405, 1985.
220. Godart N. T, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P. H. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders: critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3): 37-49, 2007.
221. Erol A. Yeme bozuklukları ve iki uçlu mizaç bozuklukları ek hastalığı. *Journal of Mood Disorders*, 1(2): 75-80, 2011.

222. Gardner R. M. Body image assesstment of children. Body image: a handbook of theory, research and clinical practice(Ed: Cash T. F. & Pruzinsky T.). New York, Guilford Press. 127-134, 2002.
223. Casper R. C. Depression and eating disorders. Depression and anxiety, 8(1): 96-104, 1998.
224. Peterson C. B. Conducting the diognastic interview. Assestment of eating disorders, (Ed: Mitchell J. E. & Peterson C. B.). New York, Guilford Press. 32-58, 2005.
225. Willcox M, Sattler D. N. The relationship between eating disorders and depression. The Journal of Social Psychology, 136(2): 269-271, 1996.
226. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. Nordic Journal of Psychiatry, 64(1): 31-39, 2010.
227. Sansone R. A, Sansone L. A. Eating disorders and psychiatric comorbidty. Clinical manual of eating disorders(Ed: Yager J, Powers P. S.). Washington DC, American Psychiatric Publishing. 79-111, 2007.
228. Rieger E, Touyz S, Schotte D, Beaumont P, Russell J, Clarke S. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 28(4): 387-396, 2000.
229. Zaitsoff S. L, Taylor A. Factors related to motivation for change in adolescents with eating disorders. European Eating Disorders Rewiev, 17(3): 227-233, 2009.
230. Gökçe T, Dündar C. Samsun Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(1): 25-28, 2008.
231. Pıçakçıefe M. Çalışma yaşamı ve anksiyete. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(4): 367-369, 2010.
232. Karamustafaoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(2): 65-74, 2011.
233. Şenel F. M, Demirelli M, Öztekin Ş. Minimally invasive circumcision with a novel plastic clamp technique: a review of 7,500 cases. Pediatr Surg Int, 26(7): 739-745, 2010.
234. Aydın C. Yeme tutumu, ortorektik belirtiler ve ana babaya bağlanma arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
235. Greenberg P. E, Sisitsky T, Kessler R. C. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry, 60(7): 427-435, 1999.
236. Reiger D. A, Narrow W. E, Rae D. S. The epidemiology of anxiety disorders: the epidemiologic catchment area(ECA) experience. Journal of Psychiatric Research, 24(2): 3-14, 1990.
237. Bandelow B. & Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in Clinical Neuroscience, 17(3): 327-335, 2015.
238. Remes O, Brayne C.& Lafortune L. The prevalence of anxiety disorders across the life course: a systematic review of reviews. The Lancet, 384: 66, 2014.
239. Michael T, Zetsche U. & Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. Psychiatry, 6(4): 136-142, 2007.
240. Somers J. M, Goldner E. M, Waraich P. & Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. The Canadian Journal of Psychiatry, 51(2): 100-113, 2006.
241. Kessler R. C, Chiu W. T, Demler O. & Walters E. E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry, 62(6): 617-627, 2005.
242. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 277, 1990.

243. Carr A. Clinical psychology: an introduction. East Sussex, Routledge, 159, 2012.
244. Kağan M. Üniversite öğrencilerinde patolojik endişeyi yordayan demografik ve psikolojik özellikler. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 14(1): 145-156, 2012.
245. Kinrys G. & Wygant L. E. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? Brazilian Journal of Psychiatry, 27(2): 43-50, 2005.
246. McLean C. P, Asnaani A, Litz B. T. & Hofmann S. G. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. Journal of Psychiatric Research, 45(8): 1027-1035, 2011.
247. Gavranidou M. & Rosner R. The weaker sex? gender and post-traumatic stress disorder. Depression and Anxiety, 17(3): 130-139, 2003.
248. Matud M. P. Gender differences in stress and coping styles. Personality and Individual Differences, 37(7): 1401-1415, 2004.
249. McLean C. P, Anderson E. R. Brave men and timid women? a review of the gender differences in fear and anxiety. Clinical Psychology Review, 29(6): 496-505, 2009.
250. Yap M. B. H. & Jorm A. F. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 175: 424-440, 2015.
251. Heim C. & Nemeroff C. B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biological Psychiatry, 49(12): 1023-1039, 2001.
252. Gallo L. C. & Matthews K. A. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? Psychological Bulletin, 129(1): 10-51, 2003.
253. Beidel D. C. & Turner S. M. At risk for anxiety: I. psychopathology in the offspring of anxious parents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(7): 918-924, 1997.
254. Santiago C. D, Wadsworth M. E. & Stump J. Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. Journal of Economic Psychology, 32(2): 218-230, 2011.
255. Lupien S. J, King S, Meaney M. J. & McEwen B. S. Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state. Biological Psychiatry, 48(10): 976-980, 2000.
256. Saatçioğlu Ö. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 11(1): 60-77, 2001.
257. Hofmann S. G. & Asmundson, G. J. Acceptance and mindfulness based therapy: new wave or old hat? Clinical Psychology Review, 28(1): 1-16, 2008.
258. Kulaksızoğlu A. Ergenlik psikolojisi. İstanbul, Remzi Kitabevi, 76-78, 1999.
259. Çakmak Ö. & Hevedanlı M. Eğitim ve fen-edebiyat fakülteleri biyoloji bölümü öğrencilerinin kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Dicle Üniversitesi Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 4(14): 115-127, 2005.
260. Özyürek R. Üniversite öğrencilerinin kişisel bazı nitelikleri ile çeşitli problemlerinin kaygı düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1989.
261. Aytaç S. & Keser A. İşsizliğin çalışan birey üzerindeki etkisi: işsizlik kaygısı. İşgüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 4(2): 48, 2002.
262. Braun D, Sunday R, Halmi K. A. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychological medicine, 24(4): 859-867, 1994.

263. Herzog D, Keller M, Sacks N. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5): 810-818, 1992.
264. Arnow B, Justin K, Stewart A. Binge eating among the obese: a descriptive study. *Journal Of Behavioral Medicine*, 15(2): 155-170, 1992.
265. Moeller G, Barratt E, Dougherty D. Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal Of Psychiatry*, 158(11): 1783-1793, 2001.
266. Evenden J. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4): 348-361, 1999.
267. Dickman S. J. Impulsivity and information processing. *Impulsive client: theory, research and treatment*(Ed: McCown W. G, Johnson J. L. & Shure M. B.). Washington DC, American Psychological Association. 151-184, 1993.
268. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *The Lancet*, 358(9286): 949-950, 2001.
269. Chamberlain S. R, Muller U, Deakin J. B, Corlet T. P, Dowson J. & Cardinal R. N. Lack of deleterious effects of bupropion on cognition in healthy male volunteers. *Journal of Psychopharmacology*, 21(2): 210-215, 2007.
270. Patton J. H, Stanford M. S. & Barratt E. S. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal Of Clinical Psychology*, 51(6): 768-774, 1995.
271. Seroczynski A. D, Bergeman C. S, Coccaro E. F. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? *Psychiatry research*, 86(1): 41-57, 1999.
272. Robbins T. Chemistry of the mind: neurochemical modulation of prefrontal cortical function. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1): 140-146, 2005.
273. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2): 93-112, 2011.
274. Özver İ. Genç erişkinlerde intihar davranışı ile problem çözme, dürtüsellik ve atılğanlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*, 2010.
275. Rachlin H. *The science of self-control*. 3.Baskı. London, Harvard University Press, 2009.
276. Kısa C, Yıldırım S, Göka E. Ataklık ve ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 46-54, 2005.
277. Fahy T, Eisler I. Impulsivity and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 162(2): 193-197, 1993.
278. Turan Ş, Poyraz C. A, Özdemir A. Tıkınırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4): 419-435, 2015.
279. Gürdal Küey A. Psikanalitik kuram ve yeme bozuklukları. *Yeme bozuklukları ve obezite*(Ed: Yücel B, Akdemir A, Küey A. G, Maner F, Vardar E.). Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 59-65, 2013.
280. Murphy C. M, Stojek M. K, Mackillop J. Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. *Appetite*, 73: 45-50, 2014.
281. Garner D. M, Garfinkel P. E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9(2): 273-279, 1979.
282. Savaşır I, Erol N. Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 19-25, 1989.
283. Öner N. *Türkiye’de kullanılan psikolojik testler: bir başvuru kaynağı*. 3.basım. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 596-597, 1997.
284. Beck A. T, Ward C. H, Mendelson M, Mock J. & Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6): 561-571, 1961.

285. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13, 1989.
286. Beck A. T, Epstein N, Brown G, Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6): 893-897, 1988.
287. Ulusoy M, Şahin N. H. & Erkmen H. Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2): 163-172, 1998.
288. Güleç H, Tamam L. & Güleç M. Y. Psychometric properties of the turkish version of the barratt impulsiveness scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(4): 251-258, 2008.
289. Carpenter K. M, Hasin D. S, Allison D. B. & Faith M. S. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*, 90(2): 251-257, 2000.
290. Stice E, Marti C. N. & Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective 183 community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2): 445-457, 2013.
291. Wang S. B, Pisetsky E. M, Skutch J. M, Fruzzetti A. E. & Haynos A. F. Restrictive eating and nonsuicidal self-injury in a nonclinical sample: co-occurrence and associations with emotion dysregulation and interpersonal problems. *Comprehensive Psychiatry*, 82: 128-132, 2018.
292. Pritts S. D, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*, 67(2): 297-304, 2003.
293. Biro E, Balajti I. & Adany R. Determinants of mental well-being in medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(2): 253-258, 2010.
294. Goebert D, Thompson D. & Takeshita J. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med*, 84(2): 236-241, 2009.
295. Sarıkaya O, Civaner M, Kalaca S. The anxieties of medical students related to clinical training. *Int J Clin Pract*, 60(11): 1414-1418, 2006.
296. Baş M, Aşçı H. F, Karabudak E, Kızıltan G. Eating attitudes and their psychological correlates among turkish adolescents. *Adolescence*, 39(155): 593-599, 2004.
297. Yanık Şahin E. Ondokuz mayıs üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde yeme bozuklukları ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun*, 2017.
298. Keskin Y. & Lüleci N. E. Maltepe üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Maltepe Tıp Dergisi*, 2(2): 18-25, 2010.
299. Işık B. Uludağ üniversitesi öğrencilerinde yeme bozukluklarının araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bursa*, 2009.
300. Chang W. W, Nie M, Kang Y. W, He L. P, Jin Y. L, Yao Y. S. Subclinical eating disorders in female medical students in Anhui, China: a cross sectional study. *Nutr Hosp*, 31(4): 1771-1777, 2015.
301. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. *Medscape general medicine*, 6(3): 49, 2004.
302. Yıldırım İ, Işık Ö, Ersöz G, Büyükkök M, Zengin G. & Özel Ö. Correlation between depression and eating attitudes and behaviors among those who performed regular physical activities. *Journal of Human Sciences*, 13(2): 3590-3599, 2016.

303. Hamurcu P, Öner C, Telatar B. & Yeşiladağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 19(3): 122-128, 2015.
304. Siyez D. M, Baş A. U. Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *New Symposium Journal*, 47(1): 19-25, 2009.
305. Lindberg L, Hjern A. Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *J Eating Dis*, 34(4): 397-408, 2003.
306. Ünsal A, Ayrancı Ü, Arslan G, Tozun M. & Çalık E. Connection between eating disorders and depression among male and female college students in Kutahya, Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11(2): 112-119, 2010.
307. Kittel R, Brauhardt A. & Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: a systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6): 535-554, 2015.
308. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D. & Krug I. A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5): 439-454, 2016.
309. Goldschmidt A. B, Wall M. M, Loth K. A, Bucchianeri M. M. & Neumark-Sztainer D. The course of binge eating from adolescence to young adulthood. *Health Psychol*, 33(5): 457-460, 2014.
310. Kuran A. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu, anksiyete, vücut algısı ve benlik saygısı ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa, 2018.
311. Ertekin T. Ergenlerde yeme tutumu ile bağlanma stilleri, dürtüsellik ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2019.
312. Bushi B. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu, anksiyete ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2016.
313. Espel-Huynh H. M, Muratone A. F, Virzi N, Brooks G. & Zandberg L. J. Mediating role of experiential avoidance in the relationship between anxiety sensitivity and eating disorder psychopathology: a clinical replication. *Eating Behaviors*, 34: 101-308, 2019.
314. Kaye W. H, Bulik C. M. & Thornton L. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161(12): 2215-2221, 2004.
315. Collins J. & Bents J. E. Behavioral and psychological factors in obesity. *Journal of Lancaster General Hospital*, 4(4): 124-127, 2009.
316. Hinrichsen H, Waller G, Van Gerko K. Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: associations with eating attitudes and behaviours. *Eat Behav*, 5(4): 285-290, 2004.
317. Meule A, De Zwaan M, Müller A. Attentional and motor impulsivity interactively predict “food addiction” in obese individuals. *Comprehensive Psychiatry*, 72(5): 83-87, 2017.
318. Fischer S, Smith G. T, Anderson K. G. Bulimia nervozada dürtüsellik rolünün açıklığa kavuşturulması. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4): 406-411, 2003.
319. Lyke J. A, Spinella M. Klinik olmayan bir örnekte dürtüsellik ve yeme faktörleri arasındaki ilişkiler. *Uluslararası Yeme Bozuklukları Dergisi*, 36(2): 229-233, 2004.
320. Kandeğer A. Üniversite öğrencilerinde biyolojik ritimlerdeki bireysel farklılığın ve uykusuzluğun yeme bağımlılığı ve dürtüsellik ile ilişkisinin incelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, 2016.

321. Fischer S, Smith G. Binge eating, problem drinking, and pathological gambling: linked by common pathways to impulsive behavior. *Personality and Individual Differences*, 44(4): 789-800, 2008.
322. Mobbs O, Ghisletta P, Van der Linden M. Clarifying the role of impulsivity in dietary restraint: a structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*, 45(7): 602-606, 2008.
323. Davis C. & Carter J. Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*, 53(1): 1-8, 2009.
324. Gearhardt A, Davis C. & Kushner R. The addiction potential of hyperpalatable foods. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(3): 140-145, 2011.
325. Pivarunas B, Conner B. T. Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating behaviors*, 19: 9-14, 2015.
326. Schag K, Schönleber J, Teufel M, Zipfel S. & Giel K. E. A systematic review of food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder. *Obes Rev*, 14(6): 477-495, 2013.
327. Waxman S. E. A systematic review of impulsivity in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*, 17(6): 408-425, 2009.
328. Guerrieri R, Nederkoorn C. & Anite J. The interaction between impulsivity and a varied food environment: its influence on food intake and overweight. *International Journal of Obesity*, 32(4): 708-714, 2008.
329. Winstanley C. A, Theobald D. E. & Dalley J. W. Interactions between serotonin and dopamine in the control of impulsive choice in rats: therapeutic implications for impulse control disorders. *Neuropsychopharmacology*, 30(4): 669-682, 2005.
330. Kaye W. H, Frank G. K. & Bailer U. F. Neurobiology of anorexia nervosa: clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *Int J Eat Disord*, 37(1): 15-19, 2005.
331. Arnik M. Ç. Bir üniversite kampüsündeki öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.
332. Sim L. A, Lebow J, Billings M. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics*, 132(4): 1026-1030, 2013.
333. Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. *Curr Diab Rep*, 13: 289-297, 2013.
334. Çobanoğlu Z. S. Ü, Altuntaş Y, Karamustafaloğlu K. O, Şengül A, Çobanoğlu N. Tip 1 ve tip 2 diyabetes mellitus hastalarında yeme bozuklukları ve bozulmuş yeme davranışı. *Düşünen Adam*, 21(1): 24-31, 2008.
335. O'Dea J. A, Jennifer A, Abraham S. Food habits, body image and weight control practices of young male and female adolescents. *Nutr Diet*, 53: 32-39, 1996.
336. Alkan Ağaçdiken S, Özdelikara A. & Boğa Mumcu N. Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumunun belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 13(3): 250-257, 2016.
337. Tunç P. Childhood trauma and eating attitudes in university students. *Current Approaches in Psychiatry*, 11(1): 203-219, 2019.
338. Fairburn C. G. Eating disorders: the transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*(Ed: Fairburn C. G.). New York, Guilford Press. 7-22, 2008.
339. Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2: 15-22, 2013.

340. White S, Reynolds-Malec J. B, Cordero E. Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002 and 2008. *Eating Disorders*, 19(4): 323-334, 2011.
341. Çelik S, Uğur B. A, Aykurt F. A, Bektaş M. Eating attitudes and related factors in turkish nursing students. *Nurs Midwifery Stud*, 4(2): 1-8, 2015.
342. Moore F, Keel P. K. Influence of sexual orientation and age on disordered eating attitudes and behaviors in women. *Int J Eat Dis*, 34(3): 370-374, 2003.
343. Şengül A. M. & Hekimoğlu Ş. Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu test puanları arasındaki ilişki. *Göztepe Tıp Dergisi*, 20(1): 21-23, 2005.
344. Forman-Hoffman V. High prevalence of abnormal eating and weight control practices among U.S. high-school students. *Eating Behaviors*, 5(4): 325-336, 2004.
345. Ulas B, Pehlivan E. Hemoglobin A1c screening and potential eating disorder prevalence in university students. *Med-Science*, 4(2): 2196-2209, 2015.
346. Roberts M. E. Disordered eating and obsessive-compulsive symptoms in a subclinical student population. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(1): 45-54, 2006.
347. Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H. Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *HSP*, 2(2): 187-197, 2015.
348. Desai M. N, Miller W. C, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health*, 57(1): 109-114, 2008.
349. Kaya A, Yılmaz A, Demirhan B. İ. Obez hastalarda yeme tutumu ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Euras J Fam Med*, 5(3): 117-120, 2016.
350. McClelland L, Crisp A. Anorexia nervosa and social class. *Int J Eating Dis*, 29(2): 150-156, 2001.
351. Leon G. R, Fulkerson J. A, Perry C. L, Keel P. K, Klump K. L. Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *J Youth Adolesc*, 28(2): 181-196, 1999.
352. Aşıl H. R, Yıldırım A, Çebi K, Şahin H. Investigation of the relationship between eating attitudes and sleep quality in university students. *TJFMPC*, 14(1): 3-14, 2020.
353. Özdemir A, Koçoğlu G, Hicran Y, Akansel N. Association of body mass index with eating attitudes, self concept and social comparison in high school students. *IJCS*, 9(1): 258-273, 2016.

8.EKLER

Ek 1: Sosyodemografik özellikler ve yeme bozuklukları için olası risk etmenleri ile ilgili bilgileri içeren anket formu

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yeme Tutumu İle Depresyon, Anksiyete ve Dürtüsellik Arasındaki İlişki isimli araştırmada oluşturduğumuz 37 soruluk sosyodemografik anket, 40 soruluk yeme tutum testi, toplam 57 soruluk depresyon, anksiyete ve dürtüsellik ölçeği uygulanacaktır. Katılımcılara ait özel bilgiler, hiçbir şekilde araştırma dışında kullanılmayacaktır.

Bana aktarılan bilgiler doğrultusunda gönüllü olarak çalışmaya katılmaktayım. ☐

1)Tıp Fakültesi Kaçınıcı Dönemde Okumaktasınız?	a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 f)6
2)Uyruğunuz?	a)T.C b)Diğer
3)Cinsiyetiniz?	a)Kadın b)Erkek
4)Yaşınız?	_____Yaş
5)Kilonuz?	_____Kg
6)Boyunuz?	_____Cm
7)Medeni Durumunuz?	a)Bekar b)Evli
8)Mezun Olduğunuz Lise?	a)Lise(resmi ve gündüz öğretimi yapan) b)Anadolu Lisesi c)Fen Lisesi d)Özel Lise ya da Özel Fen Lisesi e)Meslek Lisesi
9)Anne Babanızın Medeni Durumu?	a)Evli b)Boşanmış c)Dul
10)Annenizin Eğitim Durumu? (en son mezun olduğu okul)	a)Okur Yazar Değil b)Okur Yazar c)İlkokul Mezunu d)Ortaokul Mezunu e)Lise Mezunu f)Yüksekokul veya Üniversite Mezunu g)Lisans Üstü

11)Babanızın Eğitim Durumu? (en son mezun olduğu okul)	a)Okur Yazar Değil b)Okur Yazar c)İlkokul Mezunu d)Ortaokul Mezunu e)Lise Mezunu f)Yüksekokul veya Üniversite Mezunu g)Lisans Üstü
12)Anneniz Çalışıyor mu? (işini ayrıntılı olarak yazınız)	a)Ev Hanımı b)Çalışıyor; _____ c)Emekli d)Geçmişte Çalışıyordu
13)Babanız Çalışıyor mu? (işini ayrıntılı olarak yazınız)	a)Çalışıyor; _____ b)Emekli c)İşsiz d)Geçmişte Çalışıyordu
14)Ailenizin Aylık Geliri Hangisine Uygundur?	a)2000 TL ve Altında b)2001-3000 TL c)3001-5000 TL d)5001-8000 TL e)8001 TL ve Üzerinde
15)Nerede Yaşıyorsunuz?	a)Aile İle Birlikte b)Arkadaşla/Arkadaşlarıyla Evde c)Yurtta d)Evde Yalnız e)Diğer, Belirtiniz; _____
16)Burs Alıyor Musunuz?	a)Evet b)Hayır
17)Sağlık Güvencesi durumu?	a)Var , SGK veya Emekli Sandığı b)Var, Özel Sağlık Sigortası c)Yok
18)Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?	a)Çok İyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok Kötü
19)Sürekli İlaç Kullanmanızı Gerektirecek Tanı Konmuş Bir Hastalığınız Var Mı?	a)Evet b)Hayır

20) (Yanıtınız Evet İse) Hangisi? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	a)Kansızlık b)Kolesterol Yüksekliği c)Kalp Hastalığı d)Şeker Hastalığı e)Guatr/Tiroid Hastalığı f)Hipertansiyon g)Anoreksiya Nevroza h)Bulimia Nevroza ı)Diğer, Belirtiniz;_____
21)Tanı Konmuş Psikiyatrik Bir Hastalığınız Var Mı?	a)Evet b)Hayır
22) (Yanıtınız Evet İse) Psikiyatrik Bir İlaç Kullanıyor Musunuz?	a)Evet b)Hayır
23) (Yanıtınız Evet İse) Psikolojik Destek Alıyor Musunuz?	a)Evet b)Hayır
24)Sigara Kullanıyor Musunuz?	a)Evet b)Hayır c)Bıraktım
25) (Yanıtınız Evet İse) Günde Kaç Adet ve Kaç yıldır Kullanıyorsunuz?	_____ Adet Sigara/Gün Kullanıyorum. _____ Yıldır Kullanıyorum.
26)Alkol Kullanıyor Musunuz?	a)Evet b)Hayır
27) (Yanıtınız Evet İse) Ne Sıklıkta Kullanıyorsunuz?	a)Günde _____ defa b)Haftada _____ defa c)Ayda _____ defa d)Yılda _____ defa
28)Egzersiz Yapma Durumu?	a)Düzenli Yapıyorum b)Düzensiz/Bazen Yapıyorum c)Hiç Yapmıyorum
29) (Yanıtınız Düzenli İse) Ne Sıklıkta Yapıyorsunuz?	Haftada _____ defa _____ DK/Gün
30)Size Göre Kilo Probleminiz Var Mı?	a)Evet b)Hayır
31)Diyet Yapma Durumu?	a)Diyet Yapıyorum b)Geçmişte Yapmıştım c)Hiç Yapmadım

32)Diyet Yapma Nedeniniz Nedir?	a)Estetik Kaygı b)Mevcut Hastalıklarım c)Ailevi Hastalıklar d)Sağlıklı Yaşama İsteği
33)Ana Öğün alma durumu?	a)Düzenli b)Düzensiz c)Bazen
34)Ara Öğün alma durumu?	a)Düzenli b)Düzensiz c)Bazen
35)Genellikle Günde Kaç Öğün Yiyorsunuz?	a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 f)6 g)Düzenli Beslenmiyorum Her Acıktığımda Bir Şeyler Yerim
36)Otomobil Kullanırken Emniyet Kemerini Takar Mısınız?	a)Evet(Çoğunlukla) b)Bazen(Nadir) c)Hiç d)Yanıtsız
37) Otomobil Kullanırken Hız Sınırına Dikkat Eder Misiniz?	a)Evet(Çoğunlukla) b)Bazen(Nadir) c)Hiç d)Yanıtsız

Ek 2: Yeme tutumu testi-40(YTT-40)

Aşağıdaki numaralandırılmış her bir ifade için size en uygun seçeneğin altındaki kutuya (X) işareti koyarak cevaplayınız. Soruların içeriği genel olarak yemek ve yemek yeme ile ilgili olmakla birlikte farklı tipte soruları da içermektedir. Lütfen her bir soruyu dikkatli bir şekilde okuyunuz.

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yemekten kaçınırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						

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

Ek 3: Depresyon tarama testi olarak Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)

Açıklama: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1. 0: Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1: Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2: Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum

3: O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2. 0: Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim

1: Gelecek hakkında karamsarım

2: Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3: Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbirşey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. 0: Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1: Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2: Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3: Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4. 0: Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum

1: Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.

2: Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.

3: Herşeyden sıkılıyorum.

5. 0: Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1: Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2: Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3: Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. 0: Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1: Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

2: Cezalandırılmayı bekliyorum.

3: Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. 0: Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1: Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2: Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi eleştiririm.

3: Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- 8. 0:** Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- 1: Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
 - 2: Kendimi öldürmek isterim.
 - 3: Fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
- 9. 0:** Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
- 1: Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - 2: Çoğu zaman ağlıyorum.
 - 3: Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10. 0:** Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
- 1: Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ve sinirleniyorum.
 - 2: Şimdi hep sinirliyim.
 - 3: Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11. 0:** Başkaları ile görüşme ve konuşma isteğimi kaybetmedim.
- 1: Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
 - 2: Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 - 3: Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 12. 0:** Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- 1: Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - 2: Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 - 3: Artık hiç karar veremiyorum.
- 13. 0:** Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- 1: Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 - 2: Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 - 3: Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14. 0:** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- 1: Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 - 2: Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
 - 3: Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 15. 0:** Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- 1: Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
 - 2: Her hangi bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 - 3: Hiçbir şey yapamıyorum.

16. 0: Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.

1: Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.

2: Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

3: Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

17. 0: İştahım her zamanki gibi.

1: İştahım eskisi kadar iyi değil.

2: İştahım çok azaldı.

3: Artık hiç iştahım yok.

18. 0: Son zamanlarda kilo vermedim.

1: İki kilodan fazla kilo verdim.

2: Dört kilodan fazla kilo verdim.

3: Altı kilodan fazla kilo verdim.

19. 0: Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1: Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

2: Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3: Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. 0: Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1: Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2: Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3: Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. 0: Kendimden memnunum.

1: Kendi kendimden pek memnun değilim.

2: Kendime çok kızıyorum.

3: Kendimden nefret ediyorum.

Ek 4: Anksiyete tarama testi olarak Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde (beni pek etkilemedi)	Orta Düzeyde (hoş değildi ama katlanabildim)	Ciddi Düzeyde (dayanmakta çok zorlandım)
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 5: Dürtüsel davranış örüntüsü için Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11-Kısa Form (BIS-11)

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine (X) işareti koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemenher zaman/ Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5	Dikkatli düşünen birisiyim				
6	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11	Düşünerek hareket ederim				
12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15	Geleceğini düşünen birisiyim				