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

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİ ADAYLARINDA YEME TUTUMU İLE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Adem İŞLER

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN

ADANA-2021

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

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİ ADAYLARINDA YEME TUTUMU İLE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Adem İŞLER

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN

ADANA-2021

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince mesleki ve sosyal alanda sahip olduğu bilgi birikimi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, yapabileceklerim konusunda beni her zaman cesaretlendiren, engin sabır ve hoşgörüsüyle tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen ve çalışma disiplini, zamanı etkin kullanma ve çözüm odaklı yaklaşımlarını hayranlıkla izlediğim hayatın her alanında bana bir hoca ve anne şefkati ile yaklaşan değerli danışman hocam Prof. Dr. Sevgi Özcan'a,

Asistanlık dönemi boyunca eğitimime birçok alanda katkı sağlayan, ufkumu genişleten değerli hocalarım Prof. Dr. Nafiz Bozdemir, Prof. Dr. Esra Saatçı, Prof. Dr. Ersin Akpınar, Doç. Dr. Hatice Kurdak, Doç. Dr. Çiğdem Gereklioğlu ve Uzm. Dr. Zeliha Yelda Özer'e,

Hayatım boyunca sevgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim aileme, ev arkadaşım biricik kardeşim Dt. Ahmet İşler'e,

Birlikte üç yıl geçirdiğimiz asistan arkadaşlarıma ve bölüm personeline, desteği ve içten arkadaşlığıyla yanımda olan can dostum Dr. Hasancan Cengiz'e teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Adem İşler

Mart-2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....I
İÇİNDEKİLER.....II
TABLOLAR LİSTESİ.....IV
KISALTMALAR LİSTESİ.....V
ÖZET.....VI
ABSTRACT.....VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER.....5
2.1. Yeme Bozuklukları.....5
2.1.1. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi.....5
2.1.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması ve Tanısı.....6
2.1.2.1. Anoreksiya Nervoza.....7
2.1.2.2. Bulimiya Nervoza.....10
2.1.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....13
2.1.2.4. Pika.....15
2.1.2.5. Ruminasyon Bozukluğu (Geri Çıkarma-Geviş Getirme Bozukluğu).....16
2.1.2.6. Kaçıngan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu.....17
2.1.2.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....18
2.1.2.8. Tanımlanmamış Beslenme Ve Yeme Bozukluğu.....19
2.2. Yeme Bozukluklarından Korunma ve Tedavi.....19
2.3. Sağlık Algısı.....20
2.4. Aile Hekimliği Disiplini Açısından Yeme Tutumu ve Sağlık Algısı.....23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....27
3.1. Araştırmanın Tipi.....27
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....27
3.3. Araştırma İçin Alınan İzinler.....27
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması.....27
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....28
3.5.1. Yeme Tutumu Testi-40 (YTT-40).....28
3.5.2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ).....28

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 30
4. BULGULAR.....32
5. TARTIŞMA 41
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....48
6.1. Sonuçlar.....48
6.2.Öneriler 49
7. KAYNAKLAR 51
8. EKLER.....64
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu 64
Ek 2. Anket Formu 65

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 1. SAÖ puanları ve madde sayıları 29
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 32
Tablo 3. Katılımcıların YTT maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı 33
Tablo 4. Katılımcıların SAÖ maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı 35
Tablo 5. Katılımcıların YTT ve SAÖ puanları 35
Tablo 6. Katılımcıların YTT puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması 36
Tablo 7. Katılımcıların YTT kesme puanına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 37
Tablo 8. Katılımcıların SAÖ puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması 38
Tablo 9. Katılımcıların YTT ve SAÖ puanlarının karşılaştırılması 39
Tablo 10. Katılımcıların YTT kesme puanına göre SAÖ puanlarının karşılaştırılması 40

KISALTMALAR LİSTESİ

AN : Anoreksiya Nervoza

ARFID : Avoidant/Restricted Food Intake Disorder

B.E.S.Y.O : Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DSM-5 : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EAT-26 : Yeme Tutum Testi-26

KKYAB : Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

M.Y.O : Meslek Yüksekokulu

SAÖ : Sağlık Algısı Ölçeği

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TYB : Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

VKİ : Vücut Kitlesi İndeksi

YB : Yeme Bozuklukları

YBDÖ : Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

YTT-40 : Yeme Tutumu Testi-40

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Öğrenci Adaylarında Yeme Tutumu ile Sağlık Algısı İlişkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada üniversite eğitimine başlayacak öğrencilerin yeme tutumları ile sağlık algılarının değerlendirilmesi ve bunlar arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini 2020-2021 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesine kayıt yaptıran öğrenciler oluşturdu. Pandemi nedeniyle öğrenciler okula başlayamadıkları için tüm öğrenciler çevrim içi anket çalışmasına davet edildi. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere Yeme Tutumu Testi-40 ve Sağlık Algısı Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 20,00±3,23 (17-46) yıl olan 2072 katılımcının %56,3'si kadındı. Yeme Tutumu Testi puanı ≥30 olan yani yeme bozukluğu riski saptanan katılımcıların oranı %8,0'di. Bu oran kız öğrencilerde %9,9, erkek öğrencilerde %5,5 (p=0,000); ideal kilonun altında olanlarda %8,0, ideal kiloda olanlarda %6,6, ideal kilonun üzerinde olanlarda %12,7 (p=0,000); kronik hastalığı olanlarda %14,9, olmayanlarda %7,5 (p=0,001) olarak saptandı. Sağlık Algısı Ölçeği açısından değerlendirme yapıldığında; erkek öğrencilerin "kontrol merkezi" alt boyutu hariç tüm puanları kız öğrencilere göre yüksek bulundu (p<0,05). İdeal kiloda olanların "kontrol merkezi" (p=0,004) , "kesinlik" (p=0,000) ve "toplam" (p=0,000) boyut puanları yüksek bulundu. Kronik hastalığı olmayan grupta "sağlığın önemi" hariç tüm boyut puanları yüksek bulundu (p<0,05). Yeme tutumu test puanı ile "öz farkındalık", "sağlığın önemi", BKİ, yaş arasında pozitif yönde; "kesinlik" arasında negatif yönde; "sağlığın önemi" ile yaş arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu saptandı (p<0,05)**.** Yeme tutumu testi kesme puanı yönünden sadece öz farkındalık alt boyutunda istatiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. (p=0,000)

Sonuç: Başta aile hekimleri olmak üzere üniversite öğrencilerine hizmet veren tüm meslek gruplarının bu çalışmada saptanan bulguları (kız öğrencilerde, ideal kiloda olmayanlarda, kronik hastalığı bulunanlarda ve öz farkındalığı yüksek olanlarda yeme bozukluğu riskinin daha fazla olması) göz önünde bulundurmaları ve fırsatları değerlendirerek uygun girişimlerde bulunmaları önerilir.

Anahtar sözcükler: Algı, Aile hekimliği, Sağlık, Üniversite, Yeme bozukluğu

ABSTRACT

Evaluation of the Relationship Between Eating Attitudes and Perception of Health in Çukurova University Student Candidates

Aim: In this study, it was aimed to evaluate the eating attitudes and health perceptions of students who will begin university education and to reveal the relationship between them.

Materials and Methods: Students enrolled at Çukurova University in the 2020-2021 academic year constituted the research universe. Since the students could not start school due to the pandemic, all students were invited to the online survey study. Eating Attitude Test-40 and Perception of Health Scale were applied to those who accepted to participate in the study.

Results: Of the 2072 participants with an average age of 20.00 ± 3.23 (17-46) years, 56.3% were women. The rate of participants whose Eating Attitude Test score was ≥30, that is, the risk of eating disorders was 8.0%. This rate is 9.9% for female students and 5.5% for male students (p = 0,000); 8,0% for those under ideal weight, 6,6% for those with ideal weight, 12,7% for those above ideal weight (p = 0,000); It was 14.9% in patients with chronic disease and 7.5% in those without a chronic disease (p = 0.001). When the evaluation is made in terms of Perception of Health Scale; Except for the "control center" sub-dimension, all scores of male students were found to be higher than that of female students (p <0.05). The "control center" (p = 0.004), "precision" (p = 0.000) and "total" (p = 0.000) dimension scores of those with ideal weight were found to be high. Except for "importance of health", all dimension scores were found to be high in the group without chronic disease (p <0.05). Between the eating attitude test score and "self-awareness", "importance of health", BMI, age positively; Between "certainty" in a negative direction; It was found that there is a very weak positive correlation between "importance of health" and age (p <0.05). A statistically significant difference was found only in the self-awareness sub-dimension in terms of the cut-off score of the eating attitude test. (p = 0.000)

Conclusion: It is recommended that all occupational groups serving university students, especially family physicians, take into account the findings of this study (female students, those who are not at ideal weight, those with chronic diseases and those with high self-awareness) to take into account the risk of eating disorders and take appropriate interventions by evaluating the opportunities.

Key words: Perception, family medicine, health, university, eating disorder

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tutum sözcüğü Türk Dil Kurumu Sözlüğünde "tutulan yol, tavır" olarak tanımlanmaktadır.[1] Psikoloji literatüründe kişilerin duyguları, düşünceleri ve davranışları ile şekillenen eğilim olarak açıklanan tutum kavramının, kişiler tarafından gösterilen gerçek davranışları değil, davranışlara ortam hazırlayan soyut kavramları kastettiği düşünülmektedir.[2]

Kişiler için hayati derecede önemli olan yeme davranışı doğumdan itibaren şekillenmeye başlamaktadır. Anne ile bebek arasındaki ilişkinin başlangıcından itibaren bütün sosyal ilişkilerin oluşumuyla ilgili olduğu kabul edilen yeme davranışı kişinin ruhsal hali ile de ilişkilendirilmektedir.[3] Yeme süreci, bu ilişki ile desteklenerek tekrarlanmakta ve süreklilik kazanmaktadır. Birey tarafından kişiselleştirilerek, kişinin takındığı davranış biçimi olarak "tutum" şekline dönüşmektedir. Kişinin yeme alışkanlıkları ve yeme ile ilişkili düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını şekillendiren eğilim "yeme tutumu" adı altında tanımlanmaktadır.[2, 4] Yeme tutumu çocukluktan itibaren ailesel, çevresel ve öğrenmeye bağlı gelişip kişilerin yeme tercihlerini kapsayan; motor, sosyal, duygusal, bilişsel ve çevresel faktörlerden etkilenen kompleks bir durum olarak görülmektedir.[5] Yeme tutumunun bozulması sonucunda çeşitli rahatsızlıkları içine alan yeme bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.[6]

Yeme bozuklukları (YB), "fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tanı kriterleriyle değerlendirilen, yeme ile ilişkili davranışlardaki olumsuz değişiklikler sonucunda, yiyeceklerin tüketilmesi ve emilmesindeki problemler ile karakterize, bedensel veya psikososyal bozukluklar" olarak tanımlanmaktadır.[7] Literatür incelendiğinde yeme bozukluklarının tarihçesinin çok eskilere dayandığı görülmektedir.[8] Anoreksiya Nevroza'nın 12. yüzyılda tarihte belgelenen ilk yeme bozukluğu vakası olduğu, Bulimia Nervoza'ya ise 16. ve 17. yüzyılda klinik olgularda rastlandığı bildirilmiştir.[9]

YB, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)'te" Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak adlandırılıp, sekiz başlıkta sınıflandırılmıştır.

- Düşük vücut ağırlığındaki yeme bozuklukları (16 yaşın üzerinde olup 18,5 kg/m2'nin altında BKİ değerine sahip olmak ve yeme bozuklukları patolojisine sahip olmak) (Anoreksiya Nervoza ve Atipik Anoreksiya Nervoza tanısında),

- Normal vücut ağırlığındaki yeme bozuklukları (normal vücut ağırlığında olmak ve yeme bozuklukları patolojisine sahip olmak) (Bulumia Nervoza tanısında),
- Hafif kilolularda yeme bozuklukları (25 kg/m^2'nin üzerinde BKİ değeri ve yeme bozuklukları patolojisine sahip olmak) (Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısında)
- Pika (yiyecek olmayan maddelerin yenmesi),
- Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu,
- Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu,
- Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu[10]

Yeme bozuklukları ile beraber en çok görülen hastalıklar obsesif-kompulsif bozukluk, depresyon ve kişilik bozuklukları şeklinde sıralanır. Yeme bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluk arasında çok yakın bir ilişki olduğu düşünülmektedir.[11]

Yeme bozukluklarının insidans verilerinin sorunlu olduğu, çalışmaların çoğunlukla sağlık hizmeti sunucularının sağlık kayıtları taranarak elde edildiği rapor edilmiştir.[12] Toplumlar arasında insidans oranları açısından farklılık gözlenmiştir, özellikle batı ile doğu toplumları arasında bu farklılık dikkat çekmektedir.[13] Literatür taramasında yeme tutum bozukluğunun yaygınlığının %1-40 olduğu görülmüştür.[14-26] Benzer şekilde ülkemizde yapılan çalışmalarda da bu oranların %9,4-55,9 arasında olduğu saptanmıştır. Bu geniş aralığın nedeni yeme bozukluğu yelpazesinin genişliği, tanı kriterlerinin, kullanılan ölçeklerin ve örneklem özelliklerinin farklılığından kaynaklanabilir. Ancak ortak nokta yeme bozukluklarının daha çok genç popülasyonda (15-24 yaş) ve kadınlarda görülmesidir.[12, 27-32]

Yapılan çalışmalarda YB'nın üniversite öğrencilerinde genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. YB olan öğrencilerin ancak %20 kadarının tedavi gördüğü bildirilmiştir. Tedavi edilmediği taktirde YB belirtileri daha sık, şiddetli, kalıcı hale gelerek fiziksel ve ruhsal sağlığı bozabilmekte hatta organ ve sistemi etkileyerek özellikle psikiyatrik komorbid ve anoreksiya nevroza (AN) kaynaklı ölümlere yol açabilmektedir.[33]

Üniversite döneminde gençlerde alışmış oldukları aile ortamından ayrılma, stres düzeylerinde artma, dış faktörlere açık hale gelme, bireyselleşme sürecine girme, hızla

değişen ruh hali ve kimlik arayışı, ben merkezcilik ve riskli davranışlara yönelme gibi psikolojik ve davranışsal değişmeler gözlenmektedir.[34] Bu dönem sağlık ve sağlık algısı kavramlarının oluşmasında da son derece önemli bir süreçtir. Toplum tarafından ne tam bir yetişkin ne de çocuk olarak kabul görmeyen genç birey, bir taraftan sosyal olarak çevresindeki değişimlere uyum sağlamaya çalışırken bir taraftan da sağlıkla ilgili kavramları algılamaktadır.[35] Gençler bu dönemde, sağlıklarını iyileştirecek davranışlara yönelebildiği gibi kendilerine ve çevresindekilere zararlı olacak olan sağlıksız yaşam tarzı değişiklikleri de kazanabilmektedirler. Gencin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları özel yaşantısında kendisini bireysel olarak etkilerken, genel anlamda ailesini ve toplumu da etkileyebilmektedir.[36] Yeme tutumu açısından bakıldığında üniversite döneminde ev dışı besin ve fast-food tüketimi artmakta, yetersiz ve dengesiz beslenme durumu ve yeme tutumunda bozukluklar gözlenmektedir. Yeme tutumunun bozulması ile yeme bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.[6, 37-39]

Karabayır tarafından 2019 yılında yapılan 'Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısının Riskli Davranışlarına Etkisi' başlıklı tez çalışmasında en yüksek riskli sağlık davranışının 'beslenme' alt boyutunda gerçekleştiği ve sağlık algısı ile riskli davranışlar arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ulaşılabilen literatürün taranmasında yeme turumu ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktadan hareketle Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerin yeme tutumları ile sağlık algılarının değerlendirilmesi ve bunlar arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla planlanan bu çalışmada aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerin yeme tutumu ve sağlık algısı durumu nasıldır?
2. Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerin yeme tutum bozukluğu riski ve sağlık algısı cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
3. Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerin yeme tutum bozukluğu riski ve sağlık algısı kazanılan bölüme göre farklılaşmakta mıdır?
4. Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerin yeme tutum bozukluğu riski ve sağlık algısı BKİ gruplarına göre farklılaşmakta mıdır?

5. Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerin yeme tutum bozukluğu riski ve sağlık algısı kronik hastalık varlığına göre farklılaşmakta mıdır?
6. Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerde yeme tutumu, sağlık algısı ve yaş arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

2.1.1. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozuklukları birçok faktörün birbiriyle etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Genetik yapı, psikolojik yatkınlık ve aile yapısındaki etkileşim, sosyokültürel koşullar yeme bozukluğu gelişim riskini arttırmaktadır.[12, 40-43]

Genetik Faktörler: Psikolojik problemleri olan özellikle de anksiyete ve duygudurum bozuklukları gösteren kişilik özelliklerinde kalıtsal olarak çocuğa geçiş sonrası yeme bozukluğu riski artabilmektedir.[44-46]

Psikolojik ve Ailesel Faktörler: Kişilerin vücudundan memnuniyet durumları, mükemmeliyetçi kişilik özelliği, özgüven durumları, zihinsel süreçlerini etkileyen psikolojik unsurlar olup bunlar yeme tutumunu da dolaylı yoldan etkileyerek yeme bozukluğu yaratabilir. Bazı bireyler varoluşsal olarak vücutlarının kusursuz olmasına anlam yükleyerek bunu sağlar.[47]

Pek çok psikiyatrik problemi irdelerken ailenin çocuklar üzerine önemli etkileri karşımıza çıkmaktadır. Kişiliğini, yaşam görüşünü, davranışları etkileyen en önemli dışsal faktör elbette ki ebeveynlerdir. Anne ve babanın çocuklarına yaklaşımları, aile içi ilişkiler ve paylaşımlar çocukların geleceğini ve karakter yapısını etkilemektedir. Aşırı koruyucu ebeveynler veya çocukları ile mesafeli ilişki içinde olan ebeveynler çocuklarının yeme davranışlarını farklı şekillerde etkileyebilirken; diğer yandan bazı ailelerde çocuklar kendilerini yalnız veya reddedilmiş halde hissedip aileleri tarafından anlaşılmadıklarını düşünebilirler. Bunun sonucunda kendini ispatlama ve onaylanma mekanizmasını dış görünüşleri üzerinden kurmak isterler.[48] Kimi aileler ise bebeklik döneminden itibaren çocuklarından beklentileri yüksektir ve bu durum gençleri, hem kendilerinin hem de ebeveynlerinin beklentilerini karşılamaya ve daha yüksek hedefler koymaya yöneltir.[49] Özetle, birey içindeki ruhsal bağlamla karşılıklı bir etkileşim halindedir; aile içinde yinelenen örüntülerle hem kendinin hem de ailesinin psikolojik bağlamını biçimlendirir. Bireyin ruhsal dünyası tamamen bireysel bir olay değildir. Bunda aile yapı/sisteminin de doğrudan görev aldığı düşünülmektedir.[50]

Sosyokültürel Faktörler: Beden algılarının gelişimini arkadaş ortamı, sosyal medya gibi faktörler de etkimektedir. Ayrıca toplumun güzelliğe ya da zayıflık-şişmanlığa yüklediği anlam da kişilerin algılarını değiştirmektedir. Ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda, yeme bozukluklarını etkileyen değişkenlerin öncelikli olarak aile ve akran ilişkileri olduğu, daha sonra ise medya ve diğer çevresel faktörlerin geldiği belirtilmektedir.[51-53] Yeme tutum bozukluğunda bireylerin yaşıtları çok etkili olmaktadır. Özellikle genç kızların yemek ile ilgili davranışlarını kendi yaşıtlarından görüp öğrendikleri bilinmektedir.[47]

2.1.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması ve Tanısı

DSM-IV tanı ölçütleri el kitabında Anoreksiya Nervoza, Bulumia Nervoza ve Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozuklukları olarak üçe ayrılan yeme bozuklukları Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında tanı çeşitliliği arttırılıp, kriterlerden bazıları değiştirilerek güncellenmiş ve DSM-5 kriterleri olarak yayınlanmıştır.[10] DSM-V'te "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak adlandırılıp, sekiz başlıkta sınıflandırılmıştır.

- Düşük vücut ağırlığındaki yeme bozuklukları (16 yaşın üzerinde olup 18,5 kg/m^2'nin altında BKİ değerine sahip olmak ve yeme bozuklukları patolojisine sahip olmak) (Anoreksiya Nervoza ve Atipik Anoreksiya nervoza tanısında),
- Normal vücut ağırlığındaki yeme bozuklukları (normal vücut ağırlığında olmak ve yeme bozuklukları patolojisine sahip olmak) (Bulumia Nervoza tanısında),
- Hafif kilolularda yeme bozuklukları (25 kg/m^2'nin üzerinde BKİ değeri ve yeme bozuklukları patolojisine sahip olmak) (Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısında)
- Pika (yiyecek olmayan maddelerin yenmesi),
- Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu,
- Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu,
- Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu

2.1.2.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nevroza (AN) fizyolojik, davranışsal ve psikolojik değişiklikler gösterebilen patolojik olan bir şişmanlama korkusu ve sürekli devam eden zayıflama arzusu ile karakterize bir yeme bozukluğu alt tipidir.[54] En sık görülen ve ilk tanımlanan yeme bozukluğudur. Yunanca "orexis" yani iştah kelimesinden türetilen anoreksiya kelimesi iştahın kaybı anlamında kullanılmaktadır. Bununla birlikte nervoza kelimesi ise bu kaybın duygusal ve sinirsel (nevroz) kökenli olduğunu göstermektedir.[55]

Anoreksiya nevroza 1500'lü yıllarda ilk kez Simone Porto O. Portio tarafından tanımlanmıştır. Açlık ve çile çekmenin (asetizm) kutsal, özendirilmiş bir davranış olduğu dönemlerde, anoreksiya olarak tanımlanan bu durum din uğruna dünya zevklerini terk etme anlamına gelmektedir. Sonraki dönemlerde iştahsızlık, amenore, aşırı hareketlilik, kabızlık veya zayıflıkla seyredebilmekte olup, psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmiştir.[56]

Anoreksiya nervoza, kilo almaktan duyulan aşırı korku ve bu korku dolayısıyla yeme miktarının ciddi derecede kısıtlanmasıdır.[57] Toplumda görülme prevelansı tanı kriterlerine, seçilen örnekleme göre değişkenlik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin genel popülasyonda anoreksiya nervoza için tahmini yaşam boyu yaygınlık %0,6'dır. Anoreksiya nervoza kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Genel popülasyonda anoreksiya nervoza için ortalama başlangıç yaşı 18'dir.[58] Yeme bozukluğu olan kişilerin %90'dan fazlası 25 yaşın altında olan bireylerdir.[59] Literatürde; kadın cinsiyet, genç yaş, birinci derece akrabalarda (anne, baba, kardeş) AN olması, sevilen birinin hastalığı veya ölümü, okul, iş veya ev ortamında değişiklik, kilo değişimi, eşlerin ayrılması, ergenlik sorunları, cinsel problem gibi durumlar yeme bozukluklarının gelişimine zemin hazırlamaktadır.[60, 61] Anoreksiya nervosa, ciddi bir fizyolojik bozukluktur. Anoreksikler arasındaki ölüm oranları %5-8 civarındadır.[62]

Anoreksiya patogenezi bilinmemektedir. Bununla beraber ailelerde ailelerde anoreksiya nervoza öyküsü genetik faktörlerin önemli olduğunu doğrulamaktadır.[63] Genetik temeli destekleyen diğer kanıtlar, ömür boyu anoreksiya tanısı almış yaklaşık 3500 kişiyi ve yaklaşık 11000 kontrollü deneği içeren genomda ilişki çalışmalarının bir meta-analizinden gelmektedir. Çalışma anoreksiya nervoza ile ilişkili kromozom 12(rs4622308) üzerinde önemli bir lokus tanımlamıştır.[64]

Anoreksiya nervoza, zayıf bir bedene sahip olma isteği ve kilo almaktan aşırı korku duymaya neden olan kilo kaybıdır. Bu belirtilere ek olarak benlik algısında kayıp, halsizlik, yorgunluk, içine kapanma, depresyon, sinirlilik ve ruh halinde değişimler, uykusuzluk, yemek yememek için sürekli bahaneler üretme (aç değilim, bu besine alerjim var gibi), baş dönmesi, adet düzensizliği, kilo kaybını saklamak için bol kıyafetler giyme görülebilir. Ayrıca, kilo verme amacıyla az yemiş olsa dahi kusma, müshil kullanımı, diyet hapları ya da idrar sökücü kullanımı, sık tartılarak kiloyu kontrol etme ya da hiç tartılmama, yemek olan ortamlarda kaygı duyma, yemek düzeni, saati ve pişirilme yöntemi ile ilgili çok katı, takıntılı olma, soluk beniz, vücutta tüylenme, uykuya dalmakta güçlük çekme, sık uyanma, kişisel değer duygusunu günlük yeme oranı ile bağdaştırma, yemek yedikten sonra kendini cezalandırmak gayesiyle aç bırakma eşlik edebilir. Tüm bu semptomlar kişide; depresyon, kalp krizi, kronik yorgunluk, halsizlik, adet düzensizlikleri veya görememe, cilt sorunları (ciltte kuruma, anormal tüylenme, sivilcelenme gibi), baş dönmesi ve baş ağrısı, sıvı alımında yetersizliğine ve/veya aşırı sıvı kaybına bağlı olarak vücudun susuz kalması, nefes darlığı, ritim bozuklukları, ödem ve şişkinlik, sindirim sistemi bozuklukları, metabolizmada yavaşlama, kemik yoğunluğunda azalma, kolay sakatlanma, saç tellerinde incelme veya dökülme, böbrek ve karaciğerde hasar, çeşitli elektrolitlerde dengesizlik (potasyum, kalsiyum, magnezyum eksikliği), kısırlık, uykusuzluk, intihar eğilimi, ölüm gibi ciddi sağlık problemlerine sebep olabilir.[65]

Son yıllarda AN tanısındaki amenore kriteri tartışılmaya başlanmış ve DSM-V'de tanı ölçütlerinden silinmesi önerilmiştir. Adet kanaması devam ederken tüm diğer AN belirtilerini gösteren, menopoz sonrası veya menarş öncesi dönemde bulunan, doğum kontrol hapı kullanan kadın hastalar, bunlara ek olarak erkek hastaların varlığı nedeniyle bu ölçütün uygulanabilir olmadığı bildirilmiştir.[66]

DSM-5 kriterlerine göre AN için tanı ölçütleri (DSM-5, 2013);

- İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlama, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına neden olur. Belirgin bir biçimde normalin en altında düşük vücut ağırlığı olarak tanımlanır.

- Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma ya da kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.
- Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine aşırı bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının vücuduna olan zararını inkâr eder.

Tam olmayan yatışma göstermeyen: Anoreksiya nevroza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra 1. tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır, ancak 2. tanı ölçütü (kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da kilo almayı güçleştirici davranışlarda bulunma) ya da 3. tanı ölçütü (vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili kendilik algısı bozuklukları) yine karşılanmaktadır.

Ağırlığın en düşük düzeyi, erişkinler için, o sıradaki vücut kitlesi indeksine (VKİ) göre, çocuklar ve gençler için ise VKİ yüzde birliğine (persentiline) göre belirlenir. Aşağıdaki değer aralıkları, erişkinler için Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için bunlara karşılık gelen VKİ yüzde birlikleri kullanılmalıdır.

- Ağır olmayan: VKİ 17 kg/m^2
- Orta derecede: VKİ 16-16.99 kg/m^2
- Ağır: VKİ 15-15.99 kg/m^2
- Aşırı Düzeyde: VKİ < 15 kg/m^2 [10]

Anoreksiya Nervoza ICD-10-CM kodu alt türüne göre de sınıflandırılır:

1. (F50.01) Kısıtlayıcı Tip: Kişinin son üç ay içerisinde, yineleyen tıkınırcasına 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 fazla diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyip aşırı spor yaparak kilo kaybını tanımlar.

2. (F50.02) Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma Tipi: Hastalar kısıtlı şekilde diyet uygulamakla beraber zaman zaman kontrollerini kaybederek aşırı derecede yeme nöbetleri yaşar ve bu nöbetlerin ardından kilo almayı engellemek için kusma, laksatif veya diüretik ilaçlar kullanırlar.[67]

Kişiler ayrıca, çok fazla yememelerine rağmen çıkarma ihtiyaçları hissedebilmektedir. Söz konusu iki alttürde de kişilerin zayıf olma ve şişmanlamaktan korkmaya bağlı obsesyonları ve sağlıksız yeme davranışlarına karşı geliştirdikleri kompulsiyonları olduğu düşünülmektedir.[68]

2.1.2.2. Bulimiya Nervoza

Öküz anlamına gelen bous ve açlık anlamına gelen limos kelimlerinin birleşimi ile oluşan bulimiya kelimesinden bir öküzü yiyebilecek kadar aç olmak gibi bir anlama çıkmaktadır. Antik Roma'da dönemin zenginlerinin aşırı yemek yediği ve devamındaki süreçte meydanlarda kustukları rivayet edilmektedir.[69] Tarihsel gelişim sürecinde 16. ve 17. yüzyılda BN'yi düşündürecek klinik olgulara rastlanmıştır. Bu dönemlerde bulimianın daha çok gastrointestinal sistem ile ilgili olduğu yorumu yapılmıştır. Blancard 1702'de bulimiaya depresif duygudurumun eşlik ettiğini söylemiştir. 1780'de Cullen bulimiayı sınıflandırarak "bulimia entrika", yani kusma ile giden bulimiayı tanımlamıştır. Bosken ve Codahl BN'nin AN ile neredeyse aynı olduğunu belirtmek için "bulimia reksiya" terimini kullanmış, Palmer ise BN'yi "dietary chaos" olarak isimlendirmiştir. BN'ye bugünkü adını 1979'da Russell vermiş ve şu kriterleri öne sürmüştür:

- Güçlü ve durdurulamayan yeme isteğinin aşırı yeme epizodlarına yol açması,
- Gıdaların kilo aldırıcı etkisinden kurtulmak için zorlayarak kusma ve/veya purgatif kötü kullanımı,
- Şişman olmaktan aşırı korku.

BN, kişinin yemek yeme kontrolünü kaybederek tıkınırcasına yeme atakları yaşandığı ve devamında aşırı suçluluk duygusu geliştirip isteyerek kusma, diüretik veya laksatif gibi ilaç kullandığı ya da aşırı egzersiz yaparak veya oruç tutarak önceki yeme atağını dengelenmeye çalıştığı bir yeme bozukluğudur.[69] 3 ay içinde haftada ortalama 2 tıkınma atağı ile karakterize bir bozukluktur.[70]

BN sıklıkla ergenliğin son yetişkinliğin ilk dönemlerinde başlar. Olguların %90'ı kadındır. Genel nüfusta %1-2 oranında kadınlarda görüldüğü düşünülmektedir. Yeme bozuklukları epidemiyolojisi üzerine yapılan bir çalışmada BN prevelansı genç kadınlarda %1 ve genç erkeklerde %0,1 olarak bildirilmiştir. ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise yaşam boyu BN yaygınlığı kadınlarda yaklaşık %1.5 ve erkeklerde %0,5 olarak bildirilmiştir.[58]

Hastalar, genelde kendilerini gergin, sıkıntılı veya yalnız hissettikleri durumlarda, kendilerini şuursuz ve tamamıyla kontrolden çıkmış hissederek, bir seferde 3000-20000 kalori arasında alabildikleri aşırı yemek yeme nöbetleri yaşarlar. Bu nöbetleri günde birkaç kez veya haftada bir kez gibi, dakikalarca veya saatlerce yaşayabilirler.[71] Geçirmiş oldukları yeme nöbetleri, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nda görülen yeme nöbetleri ile benzerlik göstermektedir. BN'da Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'ndan farklı olarak yeme sonrası pişmanlık gelişip kilo verme isteği gelişmektedir. Kişilerin tıkınırcasına yeme atakları sonrasındaki fiziksel ve psikolojik etkilerin söz konusu telafi edici davranışlarla telafi edilmesi hedeflenmektedir. Kişilerin kendilerini kusturmaları, aşırı egzersiz yapmaları, laksatif ve diüretik kullanımı, telafi edici davranışlar arasında yer almaktadır.[72]

Bulimiya nervoza da başlangıçta yemek yeme kişiyi rahatlatsa da zamanla utanç ve suçluluk duyguları yaşarlar.[71] Engel olunamayan yeme ataklarının ardından kişi suçluluk duygusu ve şişmanlama korkusuyla kendine zarar verici davranışlar geliştirir; çok kısa sürede çok yüksek kaloride tükettiği yiyecekleri kusar, laksatif-diüretik kullanır ve böylece tipik olarak bir aşırı yeme-kusma kısır döngüsü oluşur.[70] Hastalığın ilerleyen dönemlerinde kişi herhangi bir uyarı olmadan da karın ve göğüs kaslarını kasarak refleks olarak kendini kusturabilir. Ancak kişinin bulimiya nervoza tanısı alabilmesi için kusma şart değildir.[71]

Kilo durumu AN ile BN arasındaki en belirgin ayrım olarak kabul edilmektedir. BN' da bireyler kilo kaybı yaşamazken, AN olan bireyler aşırı kilo kaybı yaşamaktadır. BN'da vücut görünüşleri ve ağırlıkları kişinin özgüveni ve benlik algısını 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 bireylerde ortak olarak zayıf olma arzusu üzerinden psikolojik unsur oluşturup davranışlarını kilo kaybetme üzerine kurmuşlardır. BN sıklıkla diyet başlangıcı ve devamında ortaya çıkabilmekte ve ergenlik sonu erişkinlik başı dönemlerinde görülebilmektedir. BN tanısı alan bireyler çevresinden, görsel ve yazılı medyadan etkilenerek kendilerini kusturma davranışı gösterebilmektedirler. Bununla beraber laksatif ve diüretiklerle aldıkları fazla kalorilerden kurtulmaya çalışmaktadırlar. Bu durum sonucu vücuttaki sıvıların fazlası dışarı atılarak kilo kaybına yol açar. BN öncesinde genellikle AN vardır. Yaş ve cinsiyet dağılımına bakıldığında AN'den daha

geç başlangıçlı olduğu görülür.[73] Bulimikler, anoreksik hastalardan sosyal ilişkilerinde farklılıklar gösterir; anoreksikler gibi yalnız ve cinsellikten uzak kişiler değillerdir, daha dışa dönük, karşı cinsle ilişkileri daha iyi olan kişilerdir.[71] DSM-5'e (2013) göre Bulimiya Nervoza tanı kriterleri:

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

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

2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili 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. Tıkınırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışlarının her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada iki kez olmuştur.

D. Vücudunun biçimi ve ağırlığının özdeğerlendirmeyi anlamsız şekilde etkilemesi.

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.[10]

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 hiçbiri 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 arttırılabilir,

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

BN'de ciddi komplikasyonlar AN'ye göre genellikle daha azdır. Hastaların kusmayı uyarmaları esnasında el sırtında oluşan nasır ve skar dokusu -Russell işareti- dermatolojik bulgulardan birkaçıdır. Kusan BN'li hastalarda diş eti hassasiyeti ve diş minesinde aşınma, paratiroid ve submandibular bezlerde hipertrofi nedeniyle yüzün şiş ve büyük olması, konjuktivalarda eritem görülebilir. Öncesinde AN öyküsü olan hastalarda osteoporoz gelişebilir. Elektrolit imbalansı özellikle hipopotasemi sık görülen komplikasyonlardandır.[74, 75]

2.1.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

İlk defa 1959'da obez bireylerde tanımlanan tıkınırcasına yeme fenomeni; 1990 yılında tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olarak tanımlanmıştır.[76, 77]

Kişilerin kısa bir zaman aralığı içinde normal insanların yiyebileceğinden çok fazla miktarda yemek yemeleri (tıkınırcasına yeme atakları) yada kişilerde tıkınırcasına yeme atağı esnasında kontrolü kaybetme hissi olarak tanımlanır. Bu kişiler yeme atağı esnasında neyi ne kadar ne süre yediğinin farkında olmayabilir.[78] TYB'li hastalarına psikopatolojiler sıkça eşlik etmektedir.. Özellikle daha sık oranlarda anksiyete, depresyon, kızgınlık, dürtü kontrolünde zorlanma ve çeşitli psikiyatrik problemler gösterdikleri belirtilmektedir. Bu psikiyatrik tanılar arasında, majör depresyon en sık olarak görülmektedir.[79]

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, pek çok yönden bulimia nervozaya benzerlik göstermektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda düzenli olarak dışa atım davranışlarının, diyet ya da aşırı egzersizlerin görülmemesi bulimia nervozadan en önmeli ayrımıdır. Bir başka deyişle tıkınırcasına yeme bozukluğunun kilo almayı önleyici davranışlar olmadan sadece tıkınırcasına yeme davranışı mevcuttur. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler fazla kiloludurlar. Kendi vücudunu beğenmezler, aşırı yemek yeme davranışından utanırlar. Bu bireylerde sık sık diyet girişiminde bulunma, kilo kontrolü için programlara katılma ve ailede obezite öyküsüne rastalanmaktadır.[80] Bu

bozukluğu Bulumia Nervoza' dan ayıran en temel özellik ; kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ve lavman kullanımının olmaması, aşırı egzersiz davranışının görülmesi gibi korunma eylemlerinde bulunulmamasıdır.[81]

Yaşam boyu prevalansı kadınlarda %3,5 ve erkeklerde %2 olduğu bildirilmiştir. Ailesel geçiş göstermesi, daha geç yaşta başlaması, erkek hasta sayısının fazlalığı, remisyon oranının daha yüksek olması, daha fazla tıbbi hastalık eşlik etmesi gibi özellikler nedeniyle tıkınırcasına yeme bozukluğunun özgül bir yeme bozukluğu olduğu düşünülmüş ve TYB nun DSM-5'de yeme bozuklukları tanı kategorisine alınması, süre ölçütünün ise üç ay süreyle ortalama en az iki kez olarak değiştirilmesi önerilmiştir.[82] Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM- 4) başka türlü adlandırılamayan yeme bozuklukları kategorisinde yer almıştır. Fakat daha sonra 2013'te yayımlanan DSM-5 ile birlikte yeme bozuklukları kategorisine girmiştir.

DSM-5'e (2013) göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Tanı Kriterleri:

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

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 yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu 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 tiksinme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur

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

E. Tıkınırcasına yemeye 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 hiçbiri 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 arttırılabilir,

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

2.1.2.4. Pika

Pika terimi Latince'de 'saksağan' anlamına gelmektedir. Saksağan gıda dışı ürünler ile beslenen bir kuştur. Pika ilk defa M.Ö. 400'de Hipokrat tarafından tanımlanmıştır.[83]

Pika, normalde yenilmeyen maddelerin yenilmesine yönelik yoğun, ısrarcı bir istek olarak tanımlanır.[84] Tüm yaş gruplarında özellikle de çocukluk yaş grubunda görülmektedir.[85] Küçük çocuklar daha çok boya, sıva, iplik, saç ve kumaş parçaları yiyebilirken, büyük çocuklar toprak, hayvan dışkısı, taş, silgi ve kağıt yiyebilirler.[86]

Etiyolojisi yeterince anlaşılmamıştır ve çok değişkenliklidir. Biyokimyasal ve psikososyal faktörler daha çok öne çıkmaktadır. Pikanın, özellikle uyaran azlığı veya ebeveyn ihmali olan durumlarda öğrenilmiş bir davranışın sonucu olarak geliştiği savunulmaktadır.[87] Pika genelde mental retardasyon ve gelişimsel problemlerle bağlantılıdır. Genel popülasyonda çoğunlukla zeka geriliği olan çocuklarda daha sık görülmekte iken zeka düzeyi düştükçe pikanın sıklığı da artmaktadır.[86]

DSM-5'e göre Pika için tanı ölçütleri; (DSM-5, 2013)

1. En az bir ay süreyle sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddelerinin tüketilmesi.

2. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.

3. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.

4. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örneğin; anlık yeti kaybı, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır.

Klinik görünümü oldukça farklılık gösterir. Pika alışkanlıkları genelde 1-2 yaşında iken başlamaktadır. Mevcut olan yeme sorununun şiddetine ve tüketilen maddenin içeriğine göre sekonder olarak gelişen zehirlenme, enfeksiyon, gastrointestinal bulgular ve diş problemleri görülmektedir. Birçok olguya ise ciddi bir komplikasyon gelişene kadar tanı konulamamaktadır.[88, 89] Gelişimsel engelli çocuklar birçok problem ve davranış bozukluğu ile uğraşsa dahi pika özellikle yaşamı tehdit eden tıbbi problemlere yol açması nedeniyle önemlidir. Potansiyel ve ciddi olarak ölümcül olabilen komplikasyonlar arasında barsak tıkanıklığı ve perforasyon, yabancı cisim aspirasyonuna bağlı boğulma, paraziter enfeksiyonlar ve zehirlenme sayılabilir. Daha az tehlikeli tıbbi komplikasyonlar ise ağız ve diş sağlığı problemleri, beslenme yetersizliği, irritabl bağırsaklar, genişlemiş kolon ve kabızlıktır.[90]

2.1.2.5. Ruminasyon Bozukluğu (Geri Çıkarma-Geviş Getirme Bozukluğu)

"Ruminasyon" kelimesi, "geviş getirmek" anlamına gelen Latince "ruminare" sözcüğünden geliştirilmiştir. Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu) genelde istem dışı veya alışkanlık olarak tekrarlayan gıda regürjitasyonu ile karakterize bir yeme bozukluğudur.[10]

Ruminasyon, yutulan gıdaların sindirilebilirliğinin arttırılmasına yardımcı olan koyun, keçi ve sığır gibi geviş getiren hayvanlar tarafından gerçekleştirilebilen normal fizyolojinin bir sürecidir. Ancak, ruminasyon insanlarda yiyecek yutulduktan ve kısmen sindirildikten sonra, tiksinme ya da bulantı gibi bir nedene bağlı olmadan yiyeceğin tekrar ağıza getirilmesi ve yeniden çiğnenmesi olarak tanımlanan bir durumdur ve bu durum gastroözofagial reflü gibi bir hastalığa bağlı olmadan ortaya çıkmamaktadır. Patolojik

olarak kabul edilen bu sürecin özellikle çocuklarda, bebeklerde ve gelişme geriliği olan hastalarda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bununla beraber ruminasyon, sağlıklı ergenlerde ve yetişkinlerde görülebilen bir bozukluk olarak da bilinmektedir.[91, 92]

Ruminasyon nadiren görülmektedir. Epidemiyolojik verilerİ çok sınırlıdır.[93] Ruminasyon gelişim geriliği olanlarda herhangi bir yaşta görülebilirken normal gelişimi olan çocuklarda başlama zamanı 3-12 ay civarındadır. Erkek cinsiyette kadınlardan daha sık görüldüğü bildirilmiştir.[93] Ruminasyon bozukluğunun etiyolojisinde kültürel, sosyoekonomik, organik ve psikodinamik faktörler ön plandadır. Özellikle olumsuz psikososyal çevre ve stresli yaşam olayları ruminasyon bozukluğu gelişimine zemin hazırlamaktadır.[94]

Ruminasyon bozukluğunun en önemli özelliği yeme fonksiyonları normal olan bireylerde tekrarlayan regürjitasyon ve yiyeceklerinin tekrar çiğnenmesi durumudur. Ruminasyon sırasında; bebek, dil ile emme hareketleri yaparken kafasını arkaya doğru yaslar, sırtını gererek pozisyon tamamlar ve kendi kendini yatıştırıyor ya da uyarıyor gibi görünür. Ruminasyon bozukluğunda öğürme, kusma veya yediği yiyecekten hoşlanmama davranışları görülmez. Bebek öğünler arasında huzursuz veya aç kalmış olabilir.[92]

Ruminasyon bozukluğuna DSM 4'te pika sendromu gibi bebek ve küçük çocuklarda beslenme ve yeme bozuklukları bölümünde yer almış; DSM 5 ile yeme bozuklukları adı altında açıklanmıştır. DSM-5'e göre Geri Çıkarıp Çiğneme Bozukluğu için tanı ölçütleri;[10]

- En az bir ay süreyle, kişinin sık sık yediği yiyeceği geri çıkarması. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da tükürülebilir.
- Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.
- Bu durum yalnızca AN, BN, TYB ya da kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğuna gidiş sırasında görülmemektedir.
- Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk ile birlikte görülüyorsa klinik bakım gereklidir.

2.1.2.6. Kaçıngan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu (KKYAB), 2013 yılında yayınlanmış olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-5)

Avoidant/Restricted Food Intake Disorder (ARFID) adıyla yeni bir tanı kategorisi olarak ortaya çıkmıştır.[95] DSM 4'te bebeklik ya da erken çocukluğun beslenme bozukluğu tanısı ile yer almaktaydı; DSM 5 ile birlikte kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu olarak yer almıştır.

DSM-5'e göre Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu için tanı ölçütleri;[10]

1. Aşağıdakilerden birinin ya da daha çoğunun eşlik ettiği, uygun beslenme ve/veya enerji ihtiyacının sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu

a) Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması).

b) Belirgin bir beslenme eksikliği.

c) Enteral beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma.

d) Ruhsal-toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi.

2. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel etkilerle açıklanamaz.

3. Bu yeme bozukluğu, sadece AN ya da BN sırasında meydana gelmemektedir

4. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumu ya da başka bir ruhsal bozuklukla ilişkili değildir. Başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa klinik açıdan tedavi edilmeyi gerektirir.

2.1.2.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

DSM 5'e göre: klinik açıdan belirgin bir probleme veya toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellik kaybına neden olan, beslenme ve yeme bozukluğu belirtilerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kriterlerini tam olarak karşılamadığı durumlarda bu tanı ölçütü kullanılır. DSM 5'e göre; 'tanımlanmış diğer' adı kullanılarak belirlenebilecek görünümlere örnekler şunlardır;[10]

1. Değişiktür (Atipik) Anorteksiya Nervoza: Belirgin kilo kaybı olmasın rağmen, vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olması dışında bütün anoreksiya nevroza tanı kriterlerini karşılamaktadır.[10]

2. Bulimia Nervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ veya 3 aydan kısa bir süreyle veya az sayıda olması dışında bulimia nervozanın tüm kriterleri karşılanmaktadır.[10]

3. Tıkınırcasına Yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya/ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ veya 3 aydan kısa bir süreyle veya az sayıda olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun tüm kriterlerini karşılanmaktadır.[10]

4. Çıkarma Bozukluğu: Tıkınırcasına yeme olmadan, vücut ağırlığını ve biçimini değiştirmek amacıyla yineleyen çıkarma davranışıdır.[10]

5. Gece Yemek Yeme Bozukluğu: Uykudan uyanarak ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketerek kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri ile karakterizedir.[10]

2.1.2.8. Tanımlanmamış Beslenme Ve Yeme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir probleme veya toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellik kaybına neden olan, beslenme ve yeme bozukluğu belirtilerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kriterlerini tam olarak karşılamadığı durumlarda bu tanı ölçütü kullanılır..[10]

2.2. Yeme Bozukluklarından Korunma ve Tedavi

Yeme bozukluklarının önlenmesinde birincil korumada koruyucu faktörlerle risk en aza indirilerek yeni vakaların azaltılması amaçlanır. Bunun için büyük popülasyonlar hedeflenir. Evrensel önleme veya biyopsikososyal faktörler açısından risk altındaki nüfusun ihtiyaçları ele alınıp hedef problemlerin gelişimini azaltacak seçici önleme sağlanır. Hedefe yönelik önleme olarak adlandırılan ikincil koruma genel popülasyondan çok, özellikle yüksek riskli bireylerin ve grupların ihtiyacını karşılamak amacıyla seçici programlar oluşturulmaktadır. Tersiyer koruma ise yeme bozukluklarının tedavisi ile ilgili olup hastalıkla ilgili risk grubundaki kişilere yönelik yaklaşım uygulanmasıdır.[96]

Yeme bozuklukları vücutta dengeleri bozarak kişinin beden ve ruh sağlığına zarar vermektedir. Aritmi, reflü, adet düzensizliği, anemi, kemik erimesi, hipotansiyon, bradikardi, elektrolit bozuklukları, kabızlık, diş çürükleri, uyku-kaygı bozuklukları, depresyon gibi pek çok hastalık için risk faktörü oluşturmaktadır.[97] Yeme bozuklukları tedavisinin aile hekimleri, psikologlar, diyetisyenler, psikiyatrist, endokrinolog, jinekolog, gastroenterolog ve pediatrist gibi farklı branşlardaki sağlık profesyonellerinin birlikte çalışmasıyla yürütülmesi önerilmektedir.[98, 99]

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım: Tedavide amaç düzenli yeme alışkanlığının kazandırılarak beden algısına yönelik çalışmalarla telafi edici davranışların giderilmesi sonucu yanlış yeme alışkanlığı tekrarının önlenmesidir.[100] Bilişsel-davranışçı yaklaşımda tedavi aşamasında yeme bozukluğu ve fizyolojik duruma ilişkin psikoeğitim, davranışçı teknikler (düzenli yeme alışkanlığı kazanılması, uyaranların kontrolü, alternatif davranış örüntüleri geliştirme, problem çözme becerileri) ile bilişsel tekniklerin bir arada kullanılmasıyla tedavinin sonuçlandırılması amaçlanır.[101, 102]

Motivasyonel Terapiler: Bilişsel davranışçı terapi öncesinde uygulanarak, hastanın değişime hazır olma düzeyinin arttırılıp hastalık evresini belirleyip terapiyle elde edilen olumlu sonuçların korunmasını sağlayabilmektedir.[100] Özellikle hastanın tedavi motivasyonunun düşük olduğu ya da tedavi olmayı reddettiği durumlarda motivasyonunu artırmaya yönelik olarak uygulanır.[103] Amaç hastaların evresinin belirlenip, değişimin ileri evrelere taşınmasını sağlamaktır. Hastanın içinde bulunduğu mevcut durumun olumlu ve olumsuz yanları ile geleceğe yönelik hamleler oluşturma ve yeme bozukluğuna yönelik düşüncelerin öğrenilmesi amaçlanmaktadır.[104]

Beslenme Tedavisi: Hasta ile danışan arasında güven ilişkisinin kurulması sonrası hedef kilonun belirlenerek yeme planının oluşturulup, beslenme eğitiminin verilerek beslenme tedavisinin planlaması yapılmalıdır. Danışmalık süreci uzun yıllar devam edeceğinden tedavinin kademe kademe ilerlemesi gerekmektedir.[105]

Farmakoterapi: Hastaların gerek organik patolojilerine gerekse yeme bozukluklarına bağlı gelişen özellikle depresyon, obesesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozukluğuna karşı medikal ilaç tedavisi ile başarı sağlanmaktadır. Sık kullanılan antidepresan grubu ilaçların kesilmesi ile hastalıkların tekrarı sıktır.[45, 106] BN'nın tedavisinde kullanılan SSRI grubu antidepresanların en etkili ilaç grubu olduğu özellikle bulimik, depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalma sağladığı bildirilmiştir. İlaç tedavisi kolay ulaşılabilir ve erişilebilirdir ancak tedavinin etkinliği konusunda hastaya yeterli gelmeyebilmektedir.[106]

2.3. Sağlık Algısı

Sağlığın bireylerin hayatlarını sürdürmelerinden sağlıklı olmalarına; gündelik işlerini yapabilmelerinden mutlu olmalarına şeklinde değişen birçok tanımı yapılmıştır. Larson 1991 yılında sağlığı, oldukça karmaşık durumlardan biri olarak nitelemiştir.[107]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık; "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali" olarak tanımlamaktadır.[108] Sağlık kavramı ile sadece hastalığın ya da rahatsızlığın olmaması durumu ifade edilmemektedir. Sağlık, bireylerin kendi değerleri üzerinden tanımladıkları bir durumdur. Sağlıklı olma süreci bireyin iç ve dış çevrelerindeki değişime adapte olarak iyi olma halini sürdürdüğü dinamik halde olan bir süreçtir.[108]

Hastalık ise sadece doku ve hücrelerde yapısal veya fonksiyonel olarak anormal değişikliklerin oluştuğu bir durum değildir. Hastalık kavramı biyolojik, kültürel ve sosyal bir olgudur. Farklı toplumlarda bireyin hasta olarak kabul görmesi, bazı ölçülere göre değerlendirilir. Örneğin; bireyin kendinden beklenen yapabilme kabiliyeti veya hastalığın o toplumda yaygınlığı gibi parametreler vardır.[109]

Sağlıklı bir toplum oluşmasında bireylerin sağlık arama davranışları oldukça önemlidir. Sağlık arama davranışı, insanların hem gerçek hem de potansiyel problemleri için uygun bir çözüm yolu bulmak amacıyla üstlendikleri eylemleri ifade eder. Gerçek problemler ortaya çıktığı zaman hastalık davranışı, potansiyel problemler ortaya çıktığı zaman sağlık davranışı sergilenir. Hastalık davranışı sağlık ihtiyacını karşılamak için rahatlama eylemini tanımlarken, sağlık davranışı ise hastalığı tespit etmeyi, önlemeyi ve iyilik halini iyileştirmeyi amaçlayan eylemleri tanımlar.[110]

Hastalık ve sağlığa doğrudan veya dolaylı olarak birçok faktör etki etmektedir. DSÖ' ye göre sağlık ve hastalığı; biyolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik, ekolojik nedenler, kamu hizmetleri ve politikalarının sunumları ve bireysel nedenler etkilemektedir.[111] Aşağıda bu etmenlere ait bilgiler sunulmuştur.

1. **Biyolojik Etmenler:** İnsan davranışlarının ve gelişiminin en temel belirleyicilerinden biri genetik yapıdır. Bu genetik yapının bütün insanlığa özgü yanları olduğu gibi bireyden bireye, kuşaktan kuşağa, ırktan ırka değişen yanları da vardır.[112]
2. **Sosyal Etmenler:** İnsanların doğup-büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı, yaşlandığı ve hastalıklarla başa çıkacak sistemlerin oluşturulduğu koşullar sağlığın sosyal etmenlerini belirlemektedir.[108] Dünya Sağlık Örgütü sağlığı etkileyen sosyal etmenleri şu şekilde incelenmiştir :

a. Sosyo-ekonomik etmenler (eğitim, meslek, gelir, yoksulluk ve sosyal dışlanma)

b. Bireysel etmenler (cinsiyet ve yaş)
c. Çevresel etmenler (konut, sosyal çevre, temiz gıda ve su)
d. Ulaşım ve sosyal hizmetler ile ilgili etmenler (ulaşım, sosyal hizmetler ve eğitim)

3. **Fiziksel-Ekolojik Etmenler:** Kişinin yaşadığı bölge ve o bölgenin iklim koşulları belli hastalıkların görülme oranını arttırmaktadır.[113]
4. **Kamu Hizmetlerinin Sunumu/Politik Etmenler:** Kamu hizmetleri veya kamusal politikaların halka aktarılması, halk sağlığı ile direk olarak ilişkilidir.[111] Sağlık hizmetlerinin sağlanması, sağlık sigortası ve koruyucu hizmetler sağlığı doğrudan etkilerken; sosyal politikaların, sosyal ve ekonomik sonuçlar (gelir, eğitim, istihdam, barınma, evlilik) üzerine olan etkisi sağlığı dolaylı olarak etkilemektedir.[114]
5. **Bireysel Davranış/ Yaşam Tarzı İle İlgili Etmenler:** Bireysel davranışlar sağlık ve hastalığı etkileyen en önemli davranışlardır. Bireylerin hasta olmadan önce ve hasta olduktan sonra sergiledikleri davranışlar sağlık/hastalık durumlarını etkilemektedir. Bireyin sağlık davranışları sağlık durumlarını etkilerken, bu davranışların gelişiminde inançlar, tutumlar ve algılar rol almaktadır.

Sağlık algısı kişinin kendi sağlığı hakkında duygu, düşünce ve beklentilerini içeren bir örüntü olarak adlandırılabilir.[115] Sağlığı algılama biçimi, kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır. Sağlığın çok boyutluluğunu yansıtarak, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlar.[116]

Bir bireye bütünü ile sağlıklı diyebilmek için bireyin subjektif ve objektif olarak sağlıklı halde olması gerekmektedir. Sağlık subjektif olarak; bireyin biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden kendini algılama halidir. Bazen kişi, sağlıklı olmasına rağmen kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilmektedir.[117] Objektif olarak sağlık, hekimin muayenesi veya laboratuvar sonuçlarına göre belirlenen bir patolojinin olmamasıdır. Bu durumda kişiye sağlıklı diyebilmek için; bireyin kendini hem subjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı halde olması gerekir.[118]

Sağlık algısı, kişinin yaşamında sağlıklı davranışların yer alması ve bu davranışların devamlılığının sağlanıp geliştirilmesini kapsar [119] Sağlık inanç modeline göre; sağlık durumunun algılanması, kişinin sağlık davranışlarını ve sorumluluğunu etkilemektedir. Bu anlamda sağlık algısı, bireye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini hedefleyerek sağlığın geliştirilmesi sürecinde doğrudan rol almaktadır.[120]

Sağlık ve sağlık algısı kavramlarının oluşmasında gençlik dönemi çok önemli bir süreçtir. Bu dönem önemli ruhsal veya bedensel değişikliklerin yaşandığı, kendine özgü davranış özellikleri, ihtiyaçları ve sorunları olan, birey ve toplum açısından en dinamik dönemlerden biridir.[121] Toplum tarafından ne tam bir çocuk ne de tam bir erişkin olarak kabul görmeyen genç, bir yandan sosyal çevresinde değişimlere ayak uydurmaya çalışırken bir yandan da sağlıkla ilgili kavramları algılamak için çalışmaktadır.[122] Gençler bu dönemde, sağlıklarını geliştirecek olan davranış biçimlerine yönelebilir ya da kendilerine ve başkalarına zarar verecek olan sağlıklı olmayan yaşam biçimi davranışları kazanabilirler. Gencin sağlık ile ilgili yöneldiği tutum ve davranışları özel yaşantısında öncelikle kendisini, daha sonra da ailesini ve toplumu etkileyebilmektedir.[36]

2.4. Aile Hekimliği Disiplini Açısından Yeme Tutumu ve Sağlık Algısı

Aile hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.[123] Aile hekimliğinin 12 temel ilkesi vardır.

1. Kişilerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur.
2. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.
3. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir
4. Hastanın güçlenmesini teşvik eder.
5. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır.
6. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
7. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
8. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

9. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

10. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

11. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

12. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Disiplini tanımlayan 12 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 temel yeteneği belirler. Bunlar 6 çekirdek yeterlikte toplanmıştır:

- Birinci basamak yönetimi (1,2)
- Kişi merkezli bakım (3,4,5,6)
- Özgün problem çözme becerileri (7,8)
- Kapsamlı yaklaşım (9,10)
- Toplum yönelimli olma (11)
- Bütüncül yaklaşım-modelleme (12)

Aile hekimleri hastaların ilk temas noktası olması dolayısıyla yeme bozuklukları açısından hem korunmada hem de tedavi ve izlemlerde önemli bir role sahiptir. Çoğu hasta yeme bozukluğu ana yakınmasıyla başvurmadığı için aile hekimleri özellikle genç kadınlara hizmet sunarken olası tanı açısından dikkatli olmalıdır. Rutin hizmet sunumunda riskli hastalarda yeme bozuklukları taraması düşünülebilir. Hastaların yorgunluk, baş dönmesi, düşük enerji, amenore, kilo kaybı veya artışı, kabızlık, şişkinlik, abdominal rahatsızlık, mide ekşimesi, boğaz ağrısı, çarpıntı, poliüri, polidipsi ve uykusuzluk belirtileri olabilir. Yeme bozukluğu olan birçok hastanın fizik muayene bulgusu olmayabilir. Bir kişide yeme bozukluğu düşünüldüğünde uygun bakımın verilebilmesi için psikososyal ve klinik faktörlerin değerlendirilmesi gerekir. Bunun için güçlü terapotik bir hasta-hekim ilişkisi önemlidir. Doktor, diyetisyen, terapisti içeren bir sağlık ekibi tarafından etkili bir şekilde tedavi edilmelidir. Psikiyatrik konsültasyon bu hastalarda faydalı olabilir. Bradikardi, hipotansiyon, hipotermi, şiddetli elektrolit bozukluğu, organ yetmezliği, intihara meyil gibi yaşamı tehdit eden durumlarda yatarak tedaviler gerekebilir.[124]

Aile hekimleri diğer ekip üyeleri ile beraber bireyin ihtiyaçları ve mevcut kaynaklar doğrultusunda yönetim stratejilerini belirleyip bakımın koordinasyonunu sağlayabileceği gibi bireyselleştirilen hasta bakımında hastalığın şiddeti, seyri, komorbidite durumları,

psikososyal aile desteği, hasta motivasyonu gibi konular göz önünde bulundurularak hastanın tedavi programının düzenlenmesinde ve takiplerinde yer alabilir.[124]

Hasta ile hekim arasındaki terapötik ilişki yeme bozukluğu tedavisinin merkezidir. Kişi merkezli bakımın temeli olarak aile hekiminin hastaların yeme ile ilgili düşünce ve davranışlarını değiştirmenin ne kadar zor olabileceğini bilerek duruma yaklaşmasının, iş birliği içinde bir tutumun, zorlukları kabul eden araştırmacı bir yaklaşımın, Sokratik sorgulamanın, motivasyonel görüşmelerin tedaviyi kolaylaştıracağı bildirilmiştir.[124]

Sağlık algısı, sağlığın çok boyutluluğunu yansıtarak kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlamaktadır.[116] "Sağlık" ve "Sağlıklı" kavramlarının bireysel olarak tanımlanması ve kişiyi oluşturan fiziksel, ruhsal, sosyokültürel, dini ve entelektüel durumları bakımından değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir.[125] Bu öneri aile hekimliğinin ilkeleri ile birebir örtüşmektedir. Aile hekimleri hastanın güçlendirilmesi, uygun/etkili girişimlerle sağlık ve iyilik halini geliştirme ilkeleri ve bütüncül yaklaşımla sağlık algısının gelişme sürecinde önemli rol oynayabilirler.

Diğer yöntemlere göre daha kapsamlı bir sağlık göstergesi olduğu düşünülen sağlık algısında aile hekimlerinin rol alması gerektiği bildirilmiştir.[126] Sağlık inanç modeline göre; sağlık durumunun algılanması, sağlık davranışlarını ve sorumluluğunu etkilemektedir. Bu nedenle sağlık algısı, bireye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının kazandırılması ve bu davranışlarının sürdürülmesini hedefleyerek sağlığın geliştirilmesi sürecinde rol alır. Sağlık davranışları, sağlıklı olmayı hedefleyerek; fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, düzenli sağlık kontrollerini yaptırma, aşılanma, cinsel problemlere yönelik koruyucu önlemler alma gibi olumlu davranışlara yönelmeyi, periyodik sağlık muayenelerini yaptırmayı ve sigara, alkol kullanımı gibi olumsuz davranışlardan kaçınmayı kapsamaktadır.[127]

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerin yeme tutumları ile sağlık algılarının değerlendirilmesi ve bunlar arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla yapılan bu çalışma kesitsel tipte bir anket çalışması olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini araştırmanın yapıldığı 2020-2021 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesine kayıt yaptıran lisans ve ön lisans öğrencileri oluşturdu (yaklaşık 11.000 öğrenci). Evreni % 95 güvenirlik ve % 5 hata payı ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü 643 olarak hesaplandı. Verilerin tabakalı küme örneklem yöntemi ile kayıt sırasında yüz yüze toplanması planlandı. Ancak pandemi süreci nedeniyle kayıtlar çevrim içi olduğu için önce okulların açılması beklendi, sonra okullar açılmadığı için öğrencilerin çevrim içi olarak çalışmaya davet edilmesi ve örneklemin çalışmaya katılmaya kabul edenlerden oluşturulması planlandı.

3.3. Araştırma İçin Alınan İzinler

Araştırmanın yapılabilmesi için aşağıda belirtilen izinler ve onaylar alındı.

- Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akademik Kurul
- Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (05.06.2020, 100 sayılı 35 nolu karar)
- Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler üniversite kayıtları tamamlandıktan sonra 26.10.2020-26.11.2020 tarihleri arasında anket yöntemi ile çevrim içi olarak toplandı. Anket formunun ön yüzüne onam formu eklenerek çalışmanın içeriğine dair bilgi verildi. Çalışma için isim, soy isim gibi tanımlayıcı bilgiler istenmedi. Toplam 2072 öğrenci çalışmaya katıldı.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak birinci bölümde demografik bilgileri sorgulayan 5 soruyu (cinsiyet, doğum yılı, kazandığı bölüm, boy-kilo, sürekli ilaç kullanılmasını gerektiren hekim tarafından tanı konmuş kronik hastalık varlığı), ikinci bölümde 40 sorudan oluşan Yeme Tutumu Testi-40 (YTT-40)'ni, üçüncü bölümde 15 sorudan oluşan Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)'ni içeren anket formu kullanıldı.

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

Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen ve bireylerin yeme tutumlarındaki normal olmayan durumları değerlendiren bir testtir.[128] Klinik düzeyde bozuk yeme davranışı ile ilgili yatkınlığı ve tutumu belirleyen testin kullanımı ve puanlanması basittir. Bu nedenle çalışmalarda sık kullanılan ölçeklerden biridir. YTT orijinali 40 maddeden ve 7 alt boyuttan (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 algılanması) oluşmaktadır. YTT-40'ın Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır.[129] Yapılan güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.70 ve test-tekrar teste yönelik güvenirlik katsayısı ise 0.65 olarak tespit edilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda 4 faktör tespit edilmiştir: "şişmanlık kaygısı- şişmanlıkla aşırı uğraş, diyet-rejim, sosyal baskı, zayıflıkla aşırı uğraş". 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. Testin 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 testin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak testin 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.[130]

3.5.2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Sağlık Algısı Ölçeği, Diamond ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir.[115]

Türkçe güvenirlik ve geçerliği Kadıoğlu ve Yıldız tarafından 2012 yılında yapılmıştır.[131] Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup, kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi olmak üzere 4 alt boyutu vardır.

Kontrol merkezi alt boyutu; kişinin sağlıklı olmayı kader, şans, dini inanç gibi kendi dışındaki faktörlere bağlayıp bağlamadığını, sağlıklı olma konusunda kendisini kontrol merkezinde görüp görmediğini ve sağlığını iyileştirmeye yönelik kendine olan güvenini ölçmeye yöneliktir.

Kesinlik alt boyutu; kişinin sağlıklı olmak için yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını değerlendirmeye yöneliktir.

Öz farkındalık alt boyutu; kişinin sağlıklı olmaya yönelik doğru beslenme ve egzersiz konusunda öz farkındalık algısını, sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına ilişkin inancını değerlendirmeye yöneliktir.

Sağlığın önemi alt boyutu ise; kişinin sağlığına ne kadar önem verdiğini, bu konuda ne ölçüde maddi fedakarlıkta bulunduğunu ve sağlığa verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığını değerlendirmeye yöneliktir.

Yanıtlar 5'li likert tipindedir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu ifadeler, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler "Çok katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "Katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Ölçekten alınan puan ile katılımcıların sağlık algısı arasında doğrusal bir ilişki vardır. SAÖ puanları ve madde sayıları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. SAÖ Puanları ve Madde Sayıları

	Madde Sayısı	**Madde Numaraları**	**Puan Aralığı**
Kontrol Merkezi	5	2, 3, 4, 12, 13	5-25
Kesinlik	4	6, 7, 8, 15	4-20
Öz Farkındalık	3	5, 10, 14	3-15
Sağlığın Önemi	3	1, 9, 11	3-15
Toplam	15	1-15. maddeler	15-75

Kadıoğlu ve Yıldız tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0,77, öğrencilerin ailelerinde 0,70 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına göre Cronbach alfa değerleri hemşirelik öğrencilerinde 0,60 ile 0,76 arasında değişirken (Kontrol merkezi 0,76; Kesinlik 0,71; Öz

farkındalık 0,63; Sağlığın önemi 0,60), öğrencilerin ailelerinde 0,53 ile 0,73 (Kontrol merkezi 0,67; Kesinlik 0,73; Öz farkındalık 0,53; Sağlığın önemi 0,54) arasında değiştiği belirlenmiştir.[131]

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows Version 22.0) programına aktarılarak gerekli gruplandırmalar, kodlamalar ve hesaplamalar yapıldı.

Adölesan dönem içinde yer alan öğrencilerin(17,18 ve 19 yaş) BKİ grupları kız ve erkekler için ayrı ayrı percentil tabloları kullanılarak hesaplanmıştır. Diğer yaş grupları için BKİ < 18,5 ideal kilonun altında, 18,5-24,9 ideal kiloda, 25 ve üzeri ideal kilonun üzerinde olarak kabul edilmiştir.[132]

Açık uçlu olarak sorgulanan öğrenim görülen fakülte sorusuna verilen cevaplar tarafımızdan aşağıdaki gibi gruplandırıldı:

- Fen Bilimleri: Ziraat Fakültesi, Mühendislik-Mimarlık Fakültesi.
- Sosyal Bilimler: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İlahiyat Fakültesi, Fen - Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, İletişim Fakültesi, Hukuk Fakültesi,
- Sağlık Bilimleri: Tıp Fakültesi, Eczacılık Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi.
- Meslek Yüksek Okulları: Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu (M.Y.O), Yabancı Diller M.Y.O. Sağlık Hizmetleri M.Y.O, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (B.E.S.Y.O), Devlet Konservatuvarı.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak yaş, cinsiyet, bölüm, BKİ, kronik hastalık varlığı, bağımlı değişkenleri olarak ise Yeme Tutum Testi puanı ve Sağlık Algısı Ölçeği puanı alındı. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar ile ilgili verilerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca, en düşük ve en yüksek değer) kullanıldı. Dağılımın normal olup olmadığı Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Puanlar arasındaki ilişki için yapılan korelasyon analizinde spearman rho bağıntı katsayıları kullanıldı. Katsayı 0-0,25 çok zayıf ilişki; 0,25-0,50 zayıf-orta derecede ilişki; 0,50-0,75 iyi derecede ilişki; 0,75-1,00

çok iyi derecede ilişki şeklinde yorumlandı.[133] Tüm testlerde istatiksel $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Yaş ortalaması 20,00±3,23 (17-46) yıl olan 2072 katılımcının %56,3'si kadın olup %39,6'sı Meslek Yüksek Okullarını, %29,2 Sosyal Bilimler Fakültelerini, %19,8'i Fen Bilimleri Fakültelerini, %11,3'ü ise Sağlık Bilimleri Fakültelerini kazanmıştır. Bildirilen boy ve kilolara göre katılımcıların BKİ ortalaması 22,35±3,94 (14,17-61,71) olarak hesaplanmış ve %26,5'İ ideal kilonun dışında saptanmıştır. Katılımcıların %7,4'ü sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik bir hastalığı olduğunu bildirmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=2072)

		N (Sayı)	% (Yüzde)
Cinsiyet	Erkek	905	43,7
	Kadın	1167	56,3
Kazandığı bölüm	Fen Bilimleri	411	19,8
	Sağlık Bilimleri	235	11,3
	Sosyal Bilimler	605	29,2
	Meslek Yüksek Okulları	821	39,6
Beden Kitle İndeksi	İdeal kilonun altında	128	6,2
	İdeal kiloda	1523	73,5
	İdeal kilonun üzerinde	421	20,3
Sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalık	Evet	154	7,4
	Hayır	1918	92,6

Katılımcıların Yeme Tutumu Testi (YTT) maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur. Yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalaması olan maddenin "Et yemekten hoşlanırım" ifadesi (4,40), en düşük ortalaması olan maddenin ise "Müshil kullanırım" ifadesi (1,12) olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalaması olan maddenin "Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım" ifadesi (4,20), en düşük ortalaması olan maddenin ise "Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem" ifadesi (1,82) olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Katılımcıların YTT Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=2072)

No	Madde	1.Hiçbir zaman %	2.Nadiren %	3.Bazen %	4.Sık sık %	5.Çok sık %	6.Daima %	Ortalama (medyan)
1	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	1,7	8,3	38,9	22,8	12,2	16,2	3,84(4)
2	Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	55,6	24,9	13,9	3,2	1,6	0,8	1,73(1)
3	Yemekten önce sıkıntılı olurum.	45,5	29,8	16,4	4,2	2,2	1,8	1,93(2)
4	Şişmanlamaktan ödüm kopar.	34,4	16,8	19,9	8,7	5,4	14,7	2,78(2)
5	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	45,5	22,7	16,9	7,8	3,6	3,5	2,12(2)
6	Aklım fikrim yemektedir.	23,6	24,9	27,5	12,7	4,7	6,6	2,70(3)
7	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	30,1	27,6	26,6	9,4	3,4	2,9	2,37(2)
8	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	17,6	21,6	30,2	15,3	7,7	7,6	2,97(3)
9	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	45,0	23,4	18,4	7,0	2,5	3,8	2,10(2)
10	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili. yiyeceklerden kaçınırım.	45,9	21,6	20,9	5,8	3,3	2,4	2,06(2)
11	Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	7,6	26,1	37,7	15,4	7,2	6,0	3,07(3)
12	Ailem fazla yememi bekler.	31,7	18,2	17,8	12,9	7,6	11,8	2,82(3)
13	Yemek yedikten sona kusarım.	87,3	9,1	2,5	0,6	0,2	0,2	1,18(1)
14	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	66,8	14,8	9,7	3,7	2,3	2,7	1,68(1)
15	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	52,4	15,4	12,6	7,1	4,5	7,9	2,19(1)
16	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	48,6	23,7	18,6	4,9	2,4	1,8	1,94(2)
17	Günde birkaç kere tartılırım.	57,9	24,2	10,2	4,4	1,5	1,7	1,73(1)
18	Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	32,1	19,2	24,6	10,4	6,8	6,9	2,61(2)
19	Et yemekten hoşlanırım.	5,4	7,6	17,3	18,8	13,5	37,4	4,40(5)
20	Sabahları erken uyanırım.	2,7	11,1	31,9	25,6	15,2	13,4	3,80(4)
21	Günlerce aynı yemeği yerim.	25	37,5	27,2	6,1	2,4	1,8	2,29(2)
22	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	59,7	17,5	11	4,9	2,8	4,2	1,86(1)
23	Adetlerim düzenlidir.	32,8	7,5	14,1	16	14,1	15,5	3,18(3)
24	Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	31,9	18,4	18,7	11,9	8,8	10,3	2,78(2)
25	Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	37,5	22,2	17,8	9,7	6,1	6,7	2,45(2)
26	Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	20,4	28,6	24,8	11,0	7,9	7,3	2,79(3)
27	Lokantada yemek yemeyi severim.	4,3	15,5	38	22,5	10,1	9,5	3,47(3)
28	Müshil kullanırım.	93,2	4,0	1,6	0,6	0,2	0,4	1,12(1)
29	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	32,2	25,8	26,4	7,1	5,3	3,2	2,37(2)
30	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	57,2	19,8	15,7	3,9	2,3	1,0	1,77(1)

Tablo 3'ün devamı

No	Madde	1.Hiçbir zaman %	2.Nadiren %	3.Bazen %	4.Sık sık %	5.Çok sık %	6.Daima %	Ortalama (Medyan)
31	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	47,9	17,8	17,8	8,2	3,9	4,4	2,16(2)
32	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	8,0	12,9	29,6	20,8	11,5	17,1	3,66(3)
33	Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.	47,5	20,6	16,8	6,5	4,0	4,6	2,13(2)
34	Yiyecekle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	45,5	25,7	17,5	6,8	2,8	1,7	2,01(2)
35	Kabızlıktan yakınırım.	51,3	25,2	13,1	4,1	2,5	3,9	1,93(1)
36	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	44,5	26,5	18,3	5,6	2,7	2,4	2,03(2)
37	Perhiz yaparım.	61,0	15,7	15,0	5,0	1,7	1,6	1,76(1)
38	Midemin boş olmasından hoşlanırım.	49,5	19,9	18,1	6,2	2,5	3,8	2,03(2)
39	Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	12,9	23,9	29	15,9	8,8	9,5	3,12(3)
40	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	74,4	15,4	6,2	1,9	1,2	0,9	1,43(1)

Tablo 4. Katılımcıların SAÖ Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=2072)

No	Madde	Hiç Katılmıyorum %	Katılmıyorum %	Kararsızım%	Katılıyorum %	Kesinlikle Katılıyorum %	Ortalama (Medyan)
1	Sağlığımı çok düşünürüm.	0,9	4,8	19,4	49,6	25,2	3,93(4)
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	21,3	43,9	16,7	11,9	6,2	2,38(2)
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	28,1	40,5	15,4	11,1	4,9	2,24(2)
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	14,9	18,2	24,4	25,8	16,7	3,11(3)
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	0,7	3,5	8,6	49,4	37,7	4,20(4)
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	13,0	32,3	28,3	20,2	6,2	2,74(3)
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	7,8	18,4	14,3	40,3	19,2	3,45(4)
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	9,9	25,4	25,3	28,2	11,1	3,05(3)
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	7,1	16,9	27,5	36,6	11,8	3,29(3)
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	0,9	4,1	13,7	50,3	31	4,06(4)
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1,5	6,7	17,1	41,7	32,9	3,98(4)
12	Sağlıklı olmak şans işidir.	29,2	42,7	18,6	7,1	2,4	2,11(2)
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	37,3	48,6	9,8	2,7	1,5	1,82(2)
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	4,4	20,5	29,0	33,9	12,1	3,29(3)
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	17,7	38,7	24,4	16,2	3,1	2,48(2)

Tablo 5. Katılımcıların YTT ve SAÖ Puan Ortalamaları (n=2072)

		Ortalama±SS	En düşük	En yüksek
Yeme Tutumu Testi		16,46±9,04	0	67
Sağlık Algısı Ölçeği	**Kontrol Merkezi**	18,33±3,69	5	25
	Kesinlik	12,27±3,25	4	20
	Öz farkındalık	11,55±1,95	3	15
	Sağlığın Önemi	11,20±2,09	3	15
	Toplam Puan	53,37±6,84	15	75

Tablo 5'te katılımcıların Yeme Tutum Testi ve Sağlık Algısı Ölçeği puanları görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin YTT puan ortalaması 16,46±9,04 (0-67) olarak hesaplanmıştır. YTT-40 puanı ≥30 olan katılımcıların oranı %8,0'dir (n=166). Katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması 53,37±6,84 (15-75), alt boyut puan ortalamaları 'Kontrol merkezi' 18,33±3,69, 'Kesinlik' 12,27±3,25, 'Öz farkındalık' 11,55±1,95, 'Sağlığın önemi' 11,20±2,09 olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre YTT Puanlarının Karşılaştırılması (n=2072)

		YTT Ortalama±SS	p
Cinsiyet	Erkek	15,76±7,68	0,190*
	Kadın	17,01±9,94	
Bölüm	Fen Bilimleri	15,49±7,85	0,152**
	Sağlık Bilimleri	15,85±8,33	
	Sosyal Bilimler	16,86±9,55	
	Meslek Yüksek Okulları	16,83±9,38	
BKİ	İdeal kilonun altında	17,91±8,67	**0,000****
	İdeal kiloda	15,73±8,66	
	İdeal kilonun üzerinde	18,67±10,06	
Kronik hastalık	Evet	19,44±10,89	**0,000***
	Hayır	16,22±8,84	

*Mann-Whitney U, ** Kruskal Wallis

Tablo 6'da katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre YTT ortalama puanları görülmektedir. Erkek öğrencilerin YTT puan ortalaması 15,76±7,68 iken kız öğrencilerin puan ortalaması 17,01±9,94 olarak hesaplanmıştır. Cinsiyet grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,190).

Fen Bilimleri Fakültelerini kazananların YTT puan ortalamaları 15,49±7,85 iken, Sağlık Bilimleri Fakültelerini kazananların ortalamaları 15,85±8,33, Sosyal Bilimler Fakültelerini kazananların ortalamaları 16,86±9,55, Meslek Yüksek Okullarını kazananların ortalamaları 16,83±9,38 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin kazandıkları bölümlere göre YTT puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,152).

BKİ'lerine göre ideal kilonun altında olanların YTT puan ortalamaları 17,91±8,67, ideal kiloda olanların ortalamaları 15,73±8,66, ideal kilonun üzerinde olanların ortalamaları 18,67±10,06 olarak bulunmuştur. Katılımcıların BKİ gruplarına göre YTT puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Kronik hastalığı olan katılımcıların YTT puan ortalamaları 19,44±10,89 iken olmayanların YTT puan ortalamaları 16,22±8,84 olarak hesaplanmış ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre YTT Kesme Puanının Karşılaştırılması (n=2072)

		YTT puanı <30	YTT puanı ≥30	
		N (%)	N (%)	P*
Cinsiyet	Erkek	855(94,5)	50(5,5)	**0,000**
	Kadın	1051(90,1)	116(9,9)	
Bölüm	Fen Bilimleri	389(94,6)	22(5,4)	0,125
	Sağlık Bilimleri	218((92,8)	17(7,2)	
	Sosyal Bilimler	550(90,9)	55(9,1)	
	Meslek Yüksek Okulları	749(91,2)	72(8,8)	
BKİ	İdeal kilonun altında	116(90,6)	12(9,4)	**0,000**
	İdeal kiloda	1425(93,6)	98(6,4)	
	İdeal kilonun üzerinde	365(86,7)	56(13,3)	
Kronik hastalık	Evet	131(85,1)	23(14,9)	**0,001**
	Hayır	1775(92,5)	143(7,5)	
	Toplam	1906(92,0)	166(8,0)	

*Ki-kare

Tablo 7'de katılımcıların YTT kesme puanına göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı görülmektedir.

YTT'den ≥30 puan alan kız öğrencilerin oranı %9,9 iken erkek öğrencilerin oranı %5,5 olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Öğrencilerin kazandıkları bölümlere göre analizleri yapıldığında YTT'den ≥30 puan alanların oranı Sosyal Bilimler için %9,1, Meslek Yüksek Okulları için %8,8, Sağlık Bilimleri için %7,2, Fen Bilimleri için %5,4 olarak saptanmış ancak gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,125).

YTT'den ≥30 puan alan öğrencilerden ideal kilonun altında olanların oranı %9,4 , ideal kiloda olanların oranı %6,4 , ideal kilonun üzerinde olanların oranı ise %13,3 olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

YTT'den ≥30 puan alan öğrencilerden kronik hastalığı olanların oranı %14,9 iken olmayanların oranı %7,5 olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001).

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SAÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=2072)

		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz farkındalık	Sağlığın Önemi	Toplam
Cinsiyet	Erkek	18,47±3,71	12,73±3,23	11,65±2,00	11,35±2,14	54,22±6,90
	Kadın	18,23±3,67	11,92±3,23	11,46±1,91	11,08±2,05	52,71±6,72
	P*	0,290	**0,000**	**0,007**	**0,004**	**0,000**
Bölüm	Fen Bilimleri	18,66±3,60	12,54±3,20	11,70±1,89	11,26±2,02	54,18±7,02
	Sağlık Bilimleri	18,41±3,39	12,00±3,14	11,34±1,85	11,02±1,91	52,79±6,29
	Sosyal Bilimler	18,55±3,53	11,94±3,19	11,42±1,97	11,13±2,11	53,05±6,43
	Meslek Yüksek Okulları	17,98±3,90	12,46±3,34	11,62±2,00	11,27±2,16	53,36±7,15
	P**	**0,015**	**0,018**	**0,017**	0,127	0,061
BKİ	İdeal kilonun altında	17,57±3,54	11,81±2,92	11,30±2,04	11,31±2,32	52,01±6,16
	İdeal kiloda	18,46±3,65	12,46±3,22	11,56±1,92	11,21±2,05	53,71±6,76
	İdeal kilonun üzerinde	18,11±3,83	11,72±3,42	11,56±2,04	11,12±2,17	52,53±7,19
	P**	**0,004**	**0,000**	0,401	0,391	**0,000**
Kronik hastalık	Evet	17,35±3,90	11,44±2,87	10,98±2,17	10,87±2,38	50,65±6,99
	Hayır	18,41±3,66	12,34±3,28	11,59±1,93	11,23±2,06	53,59±6,78
	P*	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,090**	**0,000**

*Mann-Whitney U, ** Kruskal Wallis

Tablo 8'de katılımcıların SAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması sunulmuştur. Erkek öğrencilerin "Kontrol merkezi" alt boyutu hariç tüm puanları kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Öğrencilerin kazandıkları bölümler arasında değerlendirme yapıldığında "kontrol merkezi", "kesinlik" ve "öz farkındalık" puanları açısından gruplar asında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

BKİ grupları arasında değerlendirme yapıldığında "kontrol merkezi", "kesinlik" ve "SAÖ toplam" puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı olup olmamasına göre değerlendirme yapıldığında hastalığı olmayan grupta tüm puanların daha yüksek olduğu saptanmış ve bunun "sağlığın önemi" hariç tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 9. Katılımcıların YTT ve SAÖ Puanlarının Korelasyon Analizleri

	YTT	SAÖ	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	BKİ	Yaş
YTT	1,000	,017	,023	**-,073****	**,115****	**,054***	**,109****	**,071****
SAÖ		1,000	**,714****	**,604****	**,593****	**,444****	,013	,020
Kontrol Merkezi			1,000	**,141****	**,350****	**,072****	,010	,013
Kesinlik				1,000	**,118****	**,106****	,043	,023
Öz Farkındalık					1,000	**,261****	,027	,010
Sağlığın Önemi						1,000	,005	**,070****
BKİ							1,000	**,106****
Yaş								1,000

*Korelasyon 0,05 seviyesinde önemlidir.
**Korelasyon 0,01 seviyesinde önemlidir.

Katılımcıların YTT ve SAÖ puanlarının Spearman korelasyon analizleri Tablo 9'da verilmiştir. Bu tabloya göre;

YTT ile "öz farkındalık", "sağlığın önemi", BKİ, yaş arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki; "kesinlik" arasında negatif yönde çok zayıf ilişki,

SAÖ ile "kontrol merkezi", "kesinlik", "öz farkındalık" arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki; sağlığın önemi arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki,

"Kontrol merkezi" ile "kesinlik" ve "sağlığın önemi" arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki; "öz farkındalık" arasında zayıf-orta derecede ilişki,

"Kesinlik" ile "öz farkındalık" ve "sağlığın önemi" arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki,

"Öz farkındalık" ile "sağlığın önemi" arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki,

"Sağlığın önemi" ile yaş arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki,

BKİ ile yaş arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Katılımcıların YTT Kesme Puanına Göre SAÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	YTT puanı <30	YTT puanı ≥30	P*
Kontrol Merkezi	18,30±3,66	18,67±3,95	0,258
Kesinlik	12,30±3,22	11,96±3,65	0,236
Öz farkındalık	11,50±1,90	12,06±2,41	0,000
Sağlığın Önemi	11,19±2,06	11,34±2,38	0,399
Toplam	53,31±6,69	54,05±8,32	0,300

Katılımcıların YTT Kesme Puanına Göre SAÖ puan ortalamaları tablo 10'da sunulmuştur. YTT kesme puanı ≥30 olanlar lehine sadece öz farkındalık alt boyutunda istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayan öğrencilerin yeme tutumları ile sağlık algılarının değerlendirilmesi ve bunlar arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla yaş ortalaması 20,00±3,23 (17-46) olan 2072 öğrenciyle yapılan çalışmanın tartışma bölümü araştırma sorularına yanıt verecek tarzda sunulmuştur.

Katılımcıların yeme tutumu ve sağlık algısı durumu

Katılımcıların YTT puan ortalaması 16,46±9,04 (0-67) olarak hesaplanmıştır. Literatür tarandığında YTT puan ortalaması açısından sonuçlarımıza paralel bulgular bildiren çalışmalara rastlanmıştır. Erol ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları çalışmada YTT ortalama puanı 14,07±8,59; Karabekir'in (2020) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağlıca Kampüsü ve Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi'nde yapmış olduğu çalışmada YTT ortalama puanı 16,2±11,2 olarak hesaplanmıştır.[134]

Katılımcıların YTT maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde, en yüksek ortalaması olan maddenin "Et yemekten hoşlanırım" ifadesi (4,40), en düşük ortalaması olan maddenin ise "Müshil kullanırım" ifadesi (1,12) olduğu görülmüştür. Bu bulguyla uyumlu olarak Oğur' un (2016) Bitlis Eren Üniversitesi'nden lisans ve ön lisans programlarında öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden öğrenciler arasından yaptığı çalışmada da en yüksek ortalaması olan maddenin "Et yemekten hoşlanırım" ifadesi, en düşük ortalaması olan maddenin ise "Müshil kullanırım" ifadesi olduğu görülmüştür.[135]

YTT-40 puanı ≥30 olan yani bozulmuş yeme tutumu ya da bozulmuş yeme davranışı olduğu saptanan katılımcıların oranı %8,0'dir. Karabekir'in (2020) yapmış olduğu çalışmada YTT-40 puanı ≥30 saptanan tıp öğrencilerinin oranı %9,4; Yanık'ın (2017) Samsun On dokuz Mayıs Tıp Fakültesi kampüsündeki 1, 3, 6. sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada bu oran %12,3 olarak saptanmıştır. Chang ve ark.'nın tıp fakültesi öğrencileri ile Çin'de yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %21,7'sinde yeme bozukluğu riski saptanmıştır.[136-139] Çelik'in (2016) Çukurova Üniversitesi Balcalı Kampüsü'nde okuyan kadın öğrencilerde yapmış olduğu çalışmada bu oran %6.3 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda oranın daha düşük olmasının nedeni sosyokültürel etkenler ve örneklem gruplarının farklılığı olabileceği gibi çalışmanın pandemi döneminde yapılması dolayısıyla öğrencilerin henüz üniversiteye başlamamış ve aileleriyle yaşıyor olmaları olabilir.

Katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması 53,37±6,84 (15-75), alt boyut puan ortalamaları 'Kontrol merkezi' 18,33±3,69, 'Kesinlik' 12,27±3,25, 'Öz farkındalık' 11,55±1,95, 'Sağlığın önemi' 11,20±2,09 olarak bulunmuştur. Oral'ın (2018) Erciyes Üniversitesi'nde okuyan birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması 40,70±6,20, alt boyut puan ortalamaları 'Kontrol merkezi' 14,30±3,70, 'Kesinlik' 12,70±3,00, 'Öz farkındalık' 6,80±1,90, 'Sağlığın önemi' 6,8±2,10;[140] Karabayır'ın (2019) lise öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması 49,73±7,56 , alt boyut puan ortalamaları 'Kontrol merkezi' 15,67±4,63, 'Kesinlik' 11,68±3,51, 'Öz farkındalık' 11,23±2,47, 'Sağlığın önemi' 11,14±2,69; Özdelikara ve arkadaşlarının (2018) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü 2. sınıfta okuyan öğrencilerde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması 50,57±4,60, alt boyut puan ortalamaları 'Kontrol merkezi' 17,37±2,87, 'Kesinlik' 11,75±2,24, 'Öz farkındalık' 10,48±1,89, 'Sağlığın önemi' 10,73±1,95 olarak bulunmuştur.[141] Çalışmamızda sağlık algısı toplam puanının lise ve üniversitede yapılan önceki çalışmalara kıyasla yüksek olması çalışmanın pandemi başladıktan yaklaşık 7-8 ay sonra yapılması nedeniyle bu dönemdeki sağlık algısındaki değişim veya sağlık algısı yüksek olanların çalışmaya katılmış olması olabilir.

Katılımcıların yeme tutum bozukluğu riski ve sağlık algısının cinsiyete göre farklılaşma durumu

Erkek öğrencilerin YTT puan ortalaması 15,76±7,68 iken kadın öğrencilerin puan ortalaması 17,01±9,94 olarak hesaplanmıştır (p=0,190). Bu bulgularla uyumlu olarak Oğuz'un (2018) çalışmasında erkek katılımcıların YTT puan ortalaması 15,87±9,29 iken kadın öğrencilerin puan ortalaması 16,43±9,60 (p=0,556); Karabekir' in (2020) çalışmasında erkek katılımcıların YTT puan ortalaması 15,00±10,20 iken kadın öğrencilerin puan ortalaması 16,90±11,70 olarak hesaplanmıştır.[138, 142]

YTT'den ≥30 puan alan kız öğrencilerin oranı %9,9 iken erkek öğrencilerin oranı %5,5 olarak saptanmıştır (p=0,000). Karabekir' in (2020) çalışmasında YTT'den ≥30 puan alan kız öğrencilerin oranı %11,9 iken erkek öğrencilerin oranı %4,4 olarak saptanmıştır (p<0,05);[138] Işık'ın (2009) Uludağ Üniversitesinde 1.Sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada YTT'den ≥30 puan alan kız öğrencilerin oranı %25,8 iken erkek öğrencilerin oranı %19 olarak saptanmıştır (p<0,05);[143] Yanık'ın (2017) Samsun Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesi kampüsündeki 1, 3, 6. sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada YTT'den ≥30 puan alan kız öğrencilerin oranı %14,5 iken erkek öğrencilerin oranı %9,8 olarak bulunmuştur (p>0,05).[136] Uluslararası literatür tarandığında da çalışmamızla benzer şekilde kadınların yeme tutumu bozukluğu oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak kadınların fiziksel görünümüne daha fazla özen göstermesi, medyanın sunduğu ideal kadın imajının beden imgesine dair olumsuz yargıların neticesinde ideal beden imgesi olarak zayıf olmanın kabul edilmesi ve bunun sonucunda beden memnuniyetinin azalması, kadın öğrencilerin erkeklere göre daha fazla sosyokültürel baskılara maruz kalarak internetten yanlış beslenme bilgileri edinmesi, diyet sektörü reklamcılığı, kadınların diyet ve egzersiz eğilimlerinin gereğinden fazla olması gibi nedenler bildirilmiştir.[12, 28-32, 144]

SAÖ puanları değerlendirildiğinde erkek öğrencilerin tüm puanları kız öğrencilere göre yüksek bulunmuştur ve bu farklılık "Kontrol merkezi" alt boyutu hariç tüm boyutlar için istatistiksel olarak anlamlıdır. Boyraz'ın (2020) Elbistan ilçe merkezinde bulunan devlet lisesi öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada kadın öğrencilerde erkeklere göre sadece kontrol merkezi alt boyut puanlarında sınırda anlamlı yükseklik bulunmuştur (p=0,049).[145] Yulu' nun (2020) Ankara'da lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda SAÖ toplam puan ortalaması erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (p>0,05).[146] Oral'ın (2018) Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde [140] yaptıkları çalışmalarda SAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.[146] Önceki çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda SAÖ ve alt boyutlarında erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir.

Katılımcıların yeme tutum bozukluğu riski ve sağlık algısının kazanılan bölüme göre farklılaşma durumu

Öğrencilerin kazandıkları bölümlere göre YTT puanları ve YTT grupları açısından analizleri yapıldığında; YTT'den ≥30 puan alanların oranı Sosyal Bilimler için %9,1, Meslek Yüksek Okulları için %8,8, Sağlık Bilimleri için %7,2, Fen Bilimleri için %5,4 olarak saptanmış ancak gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,125). Tayfur'un (2018) Boğaziçi Üniversitesi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sabancı Üniversitesi ve Nişantaşı Üniversitesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada Mühendislik için %19,2, Yönetim Bilimleri/İşletme/İktisat için %23,6, Kimya/Fizik/Biyoloji/Öğretmenlik için %21,9, Psikoloji için %18,5 olarak saptanmış ve farklı bölümlerde okumakta olan öğrenciler arasında yeme tutumunun anlamlı bir farklılık göstermediği gözlenmiştir (p>0,05).[147]

Öğrencilerin kazandıkları bölümlere göre SAÖ ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde "kontrol merkezi", "kesinlik" ve "öz farkındalık" puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Alt gruplarda en yüksek puan ortalaması olan bölümler Fen bilimleri iken; kontrol merkezi alt boyutunda Meslek Yüksek Okulları, kesinlik alt boyutunda Sosyal Bilimler, öz farkındalık alt boyutunda Sağlık Bilimleri fakülteleri en düşük puan ortalaması olan bölümler olmuştur (p<0,05). Oral'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada tıp, mühendislik, eğitim ve edebiyat bölümlerinde SAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05).[140] Bu çalışmada kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık alt boyutları Eğitim Fakültesi'nde, sağlığın önemi Tıp Fakültesi'nde en yüksek iken; Edebiyat Fakültesi'nde sağlığın önemi alt boyutu hariç tüm puanlar en düşük olarak bulunmuştur.[140] Çalışmamızda Fen Bilimleri bölümlerini kazanan öğrencilerin alt boyut puan ortalamalarının yüksekliği sınav öncesi bu alandan aldıkları dersler ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların yeme tutum bozukluğu riski ve sağlık algısının BKİ gruplarına göre farklılaşma durumu

BKİ'lerine göre ideal kilonun altında olanların YTT puan ortalamaları 16,33±8,58, ideal kiloda olanların ortalamaları 15,83±8,7, ideal kilonun üzerinde olanların ortalamaları 18,59±10,05 olarak bulunmuştur (p=0,000). İdeal kiloda olanların YTT puan

ortalamaları ideal kilonun altında veya üstünde olanlara göre daha düşüktür. Benzer şekilde Sarı'nın (2011) Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik ve Ebelik bölümlerinde yapmış olduğu çalışmada BKİ'lerine göre zayıf olanların YTT puan ortalamaları 9,39±5,19, normal kiloda olanların ortalamaları 8,53±6,16, fazla kilolu ve obez olanların YTT puan ortalamaları 10,62±7,58 olarak bulunmuştur ($p<0.005$).[148] Oğuz'un (2018) yapmış olduğu çalışmada ise BKİ' lerine göre zayıf olanların YTT puan ortalamaları 14,43±6,99, normal kiloda olanların ortalamaları 16,27±9,33, aşırı kilolu olanların YTT puan ortalamaları 15,71±10,48, obez olanların YTT puan ortalamaları 21,29±11,60 olarak bulunmuştur .[142]

YTT'den ≥30 puan alan öğrencilerden ideal kilonun altında olanların oranı %9,4, ideal kiloda olanların oranı %6,4, ideal kilonun üzerinde olanların oranı ise %13,3 olarak saptanmıştır ($p=0,000$). Karabekir (2020)' in yapmış olduğu çalışmada YTT'den ≥30 puan alan katılımcılardan zayıf olanların oranı %7,0, ideal kiloda olanları oranı %11,5, fazla kilolu olanların oranı %3,1, obez olanların oranı %6,3 olarak saptanmıştır ($p=0,049$).[138] Yanık'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada YTT'den ≥30 puan alan katılımcılardan zayıf olanların oranı %1,0, ideal kiloda olanları oranı %12,6, fazla kilolu ve obez olanların oranı %14,6 olarak saptanmıştır ($p=0,230$).[136] Forman ve ark.'nın (2004) Amerika'da lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada yeme bozukluğu riskinin obez öğrencilerden çok, zayıf olan kişilerde daha fazla olduğu görülmüştür.[149] Gruplar arasındaki bu farklılık literatürle paralellik gösterse de oranların farklı olmasının nedeni örneklem ve yöntemdeki farklılıklar veya yıllar içerisinde yeme tutumundaki değişim olabilir. İdeal kiloda olanlarda yeme tutum bozukluğu riski oranlarının çok da düşük olmaması dikkat çekici bulunmuştur. Bu durumun henüz sınıflandırmada yer almayan ve ortoreksi olarak tanımlanan beslenme bozukluğu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamamızda "kontrol merkezi", "kesinlik" ve "SAÖ toplam" puanları açısından BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İdeal kiloda olanlarda "sağlığın önemi" hariç tüm boyutlarda puanları en yüksek iken; "sağlığın önemi" alt boyutunda ideal kilonun altında olanlarda en yüksek puanlar bulunmuştur. Kontrol merkezi, öz farkındalık ve SAÖ toplam puanlarında ideal kilonun altında olanlarda; kesinlik ve sağlığın önemi alt boyutunda ise ideal kilonun üzerinde olanlarda en düşük puanlara rastlanmıştır. Boyraz' ın (2020) lise öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada SAÖ toplam puanı ile sağlığın önemi alt boyut puan ortalamaları

normal kiloda olanlarda en yüksek iken obez olanlarda en düşük olarak saptanmıştır($p<0,05$). [145]

Katılımcıların yeme tutum bozukluğu riski ve sağlık algısının kronik hastalık varlığına göre farklılaşma durumu

Katılımcıların %7,4'ü sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik bir hastalığı olduğunu bildirmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların YTT puan ortalamaları 19,44±10,89 iken herhangi bir kronik hastalığı olmayanların YTT puan ortalamaları 16,22±8,84 olarak hesaplanmış ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Benzer şekilde Yılmaz'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların (%5,3) YTT puan ortalamaları 20,57±9,71, kronik hastalığı olmayan katılımcıların YTT puan ortalamaları 15,90±9,38 olarak bulunmuştur ($p<0,005$).[142]

YTT'den ≥30 puan alan öğrencilerden kronik hastalığı olanların oranı %14,9 iken olmayanların oranı %7,5 olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Karabekir'in (2020) yapmış olduğu çalışmada YTT'den ≥30 puan alan öğrencilerden kronik hastalığı olanların oranı %16,0 iken olmayanların oranı %8,1 olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).[138] Yanık'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada YTT'den ≥30 puan alan katılımcılardan kronik hastalığı olanların oranı %8,0 iken olmayanların oranı %11,5 olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,138$).[136] Çelik'in (2016) yapmış olduğu çalışmada YTT'den ≥30 puan alan öğrencilerden kronik hastalığı olanların oranı %12,3 iken olmayanların oranı %5,5 olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).[139]

Sim ve ark.'nın[150] (2013) Mayo Clinic Tıp Fakültesi, Rochester, Minnesota'da Psikiyatri ve Psikoloji Departmanında obezite geçmişi olan ergenlerde ve Pinhas-Hamiel ve ark.'nın (2013)[151] diyabet hastalığı olan ergenlerde yaptıkları araştırmalarda yeme bozukluğunun obezite, diyabet, dispeptik yakınmalar gibi birçok kronik hastalık ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir. Kronik hastalıkların oluşturabileceği duygusal ve fiziksel yük, kişileri uyumsuz ve negatif duygulardan kaçınmasını sağlayabilecek yeme davranışlarına yöneltebilmektedir. Bununla birlikte, kronik rahatsızlıklar arasında yer

alabilecek hipertansiyon, diyabet, tiroid bozuklukları, çölyak gibi kronik ve otoimmün sistem rahatsızlıklarının yeme davranışını etkileyebilecek değişimlere yol açmasının söz konusu olabileceği ve bu yüzden puanların yüksek olabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı olup olmamasına göre SAÖ puanları değerlendirildiğinde hastalığı olmayan grupta tüm puanların daha yüksek olduğu saptanmış ve bunun "sağlığın önemi" hariç tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Özdelikara'nın (2018) ve Kıraç' ın (2019) çalışmalarında sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı olup olmaması ile SAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). [152,153]

Yeme tutumu, sağlık algısı ve yaş arasında ilişki

Korelasyon analizlerinde YTT ile "öz farkındalık", "sağlığın önemi", BKİ, yaş arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki; "kesinlik" arasında negatif yönde çok zayıf ilişki saptanmıştır. Ulaşılabilen literatür tarandığında yeme tutumu ile sağlık algısı ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Karabayır tarafından 2019 yılında yapılan 'Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısının Riskli Davranışlarına Etkisi' başlıklı tez çalışmasında en yüksek riskli sağlık davranışının 'beslenme' alt boyutunda gerçekleştiği ve sağlık algısı ile riskli davranışlar arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.[141] YTT kesme puanı ≥30 olanlar lehine sadece öz farkındalık alt boyutunda istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Çalışmanın kısıtlılıkları ve güçlü yönleri

Her araştırmada olduğu gibi çalışmamızın da kısıtlılıkları vardır. Bir anket çalışması olduğu için veriler subjektiftir. Bulgularımız sadece bu çalışmaya ait örneklemeyi yansıttığı için ülkemizdeki üniversite öğrencilerinin geneline ait kesin yargı çıkarmak ve genelleme yapmak bilimsel olarak uygun değildir. Ulaşılabilen literatürde yeme tutumu ile sağlık algısı ilişkisi konusunda herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olması ilk ve/veya sınırlı sayıda çalışmadan biri olduğu düşünüldüğünde bu çalışmanın güçlü yönü olarak değerlendirilebilir. Ancak bu durum aynı zamanda çalışmanın karşılaştırılmasında kısıtlılığa yol açmıştır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çukurova Üniversitesinde eğitime başlayacak öğrencilerin yeme tutumları ile sağlık algılarının değerlendirilmesi ve bunlar arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla planlanan bu çalışmaya katılan yaş ortalaması 20,00±3,23 (17-46) yıl olan 2072 öğrencinin %56,3'si kadındır.

Öğrencilerin YTT puan ortalaması 16,46±9,04 (0-67) olarak hesaplanmıştır. Erkek öğrencilerin YTT puan ortalaması 15,76±7,68 iken kız öğrencilerin puan ortalaması 17,01±9,94 olarak hesaplanmıştır (p=0,190). YTT puanı ≥30 olan katılımcıların oranı %8,0'dir. YTT'den ≥30 puan alan kız öğrencilerin oranı %9,9 iken erkek öğrencilerin oranı %5,5 olarak saptanmıştır (p=0,000).

Bildirilen boy ve kilolara göre katılımcıların %12,7'si ideal kilonun altında, %20,5'i ideal kilonun üzerinde saptanmıştır. BKİ'lerine göre ideal kilonun altında olanların YTT puan ortalamaları 17,91±8,67, ideal kiloda olanların ortalamaları 15,73±8,66, ideal kilonun üzerinde olanların ortalamaları 18,67±10,06 olarak bulunmuştur (p=0,000). YTT'den ≥30 puan alan öğrencilerden ideal kilonun altında olanların oranı %9,4, ideal kiloda olanların oranı %6,4, ideal kilonun üzerinde olanların oranı ise %13,3 olarak saptanmıştır (p=0,000).

Kronik hastalığı olan öğrencilerin (%7,4) YTT puan ortalamaları 19,44±10,89 iken olmayanların YTT puan ortalamaları 16,22±8,84 olarak bulunmuştur (p=0,000). YTT'den ≥30 puan alan öğrencilerden kronik hastalığı olanların oranı %14,9 iken olmayanların oranı %7,5 olarak saptanmıştır (p=0,001).

Öğrencilerin kazandıkları bölümlere göre YTT puanları ve YTT grupları açısından analizleri yapıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,152).

Öğrencilerin SAÖ toplam puan ortalaması 53,37±6,84 (15-75), alt boyut puan ortalamaları 'Kontrol merkezi' 18,33±3,69, 'Kesinlik' 12,27±3,25, 'Öz farkındalık' 11,55±1,95, 'Sağlığın önemi' 11,20±2,09 olarak bulunmuştur.

Erkek öğrencilerin "Kontrol merkezi" alt boyutu hariç tüm puanları kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

BKİ grupları arasında SAÖ açısından değerlendirme yapıldığında ideal kiloda olanların sağlığın önemi hariç tüm boyutlarda puan ortalamaları en yüksek iken; "kesinlik" alt boyutunda ideal kilonun üzerinde olanlarda (p=0,006), "kontrol merkezi" ve "SAÖ toplam" puanında ise ideal kilonun altında olanlarda en düşük puanlar saptanmıştır (p<0,05).

Katılımcıların sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı olup olmamasına göre değerlendirme yapıldığında hastalığı olmayan grupta tüm puanların daha yüksek olduğu saptanmış ve bunun "sağlığın önemi" hariç tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Öğrencilerin kazandıkları bölümlere göre değerlendirme yapıldığında tüm alt boyutlarda Fen Bilimlerinin en yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu; "kontrol merkezi" alt boyutunda Meslek Yüksek Okullarının (p=0,015), "kesinlik" alt boyutunda Sosyal Bilimler grubunun (p=0,018), "öz farkındalık" alt boyutunda Sağlık Bilimleri grubunun (p=0,017) en düşük puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür.

YTT ile "öz farkındalık", "sağlığın önemi", BKİ, yaş arasında pozitif yönde; "kesinlik" arasında negatif yönde; "sağlığın önemi" ile yaş arasında pozitif yönde, BKİ ile yaş arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05**).**

6.2.Öneriler

Çalışmamızın örneklemi, üniversiteyi kazanmış ancak pandemi süreci nedeniyle henüz üniversite yaşamına başlayamamış gençlerden oluşmaktadır. Üniversite ortamının yeme tutumunu etkileyebileceği ön görüldüğünden bu konudaki gereksinimlerin ve kaynakların farkında olunması hem sağlık profesyonelleri hem de üniversite/fakülte yönetimleri tarafından uygun girişimlerde bulunulması yeme bozukluklarının önlemesini ve/veya erken tanısını ve sağaltımını sağlayabilir.

Gençlere hizmet veren aile hekimlerinin bu çalışmada saptanan bulguları (kız öğrencilerde, ideal kiloda olmayanlarda, kronik hastalığı bulunanlarda ve öz farkındalığı yüksek olanlarda yeme bozukluğu riskinin daha fazla olması) göz önünde bulundurmaları, disipline özgü ilkelerden yararlanarak fırsatları değerlendirmeleri ve uygun girişimlerde bulunmaları önerilir.

Ulaşılabilen literatüre göre çalışmamız yeme tutumu ile sağlık algısı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Sonuçlar sadece bu örneklem grubu için geçerli

olduğu için bu konuda niteliksel ve girişimsel çalışmalarla da desteklenen daha geniş ölçekli çalışmalar planlanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Sözlüğü TDK.** Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr/, Erişim tarihi: 08.12.2020

2. **Arkonaç SA.** *Sosyal psikolojide insanları anlamak: Deneysel ve eleştirel yaklaşımlar,* Nobel Yayın Dağıtım, **2008**.

3. **Saygılı F.** *Obezite komplikasyonları,* Ed: Yılmaz, C. Obezite ve tedavisi Mart Matbaacılık, İstanbul **1999**.

4. **Kumcağız H, Şahin C, Alakuş K, Akbaş M.** Yeme tutumlarını yordamada umut ve olumsuz düşüncelerin rolü. *International Journal Of Eurasia Social Sciences* **2017;** 8:939-954.

5. **Shafran R, Robinson P.** Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, **2004;** 43:399-408.

6. **Akdevelioğlu Y, Yörüsün TÖ.** Üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarına ilişkin bazı faktörlerin incelenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2019;** 4:19-28.

7. **Deas S, Power K, Collin P, Yellowlees A, Grierson D.** The relationship between disordered eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive Therapy and Research*, **2011;** 35:414-424.

8. **Andersen AE YJ.** *Eating disorders*. In: Sadock BJ SV, ed. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams, Wilkins, **2005:**2005-2021.

9. **Uğur M.** Yeme bozukluklarının tarihçesi. *Türkiye Klinikleri,* **2008;** 1:1-7.

10. **Amerikan Psikiyatri Derneği.** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı: DSM-5, **2013**.

11. **Batum P.** Kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları: Etiolojik ilişkiler ve cevaplanmamış sorular. *Türk Psikoloji Yazıları,* **2008;** 11:65-76.

12. **Hoek HW, Van Hoeken D.** Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders,* **2003;** 34:383-396.

13. **Vardar E, Erzengin M.** Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi,* **2011;** 22:205-212.

14. **Sampei MA, Sigulem DM, Novo NF, Juliano Y, Colugnati FA.** Eating attitudes and body image in ethnic Japanese and Caucasian adolescent girls in the city of São Paulo, Brazil. *J Pediatr (Rio J),* **2009;** 85:122-128.

15. **Allihaibi MM.** Disordered eating attitudes among secondary schoolgirls in Al-Iskan sector, Makkah Al-Mukarramah, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health,* **2015;** 4:939-946.

16. **Pengpid S, Peltzer K, Ahsan GU.** Risk of eating disorders among university students in Bangladesh. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* **2015;** 27:93-100.

17. **Liao Y, Knoesen NP, Castle DJ, et al.** Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. *Comprehensive Psychiatry,* **2010;** 51:516-523.

18. **Tao Z.** Epidemiological risk factor study concerning abnormal attitudes toward eating and adverse dieting behaviours among 12-to 25-years-old Chinese students. *European Eating Disorders Review,* **2010;** 18:507-514.

19. **Yu J, Lu M, Tian L, et al.** Prevalence of disordered eating attitudes among university students in Wuhu, China. *Nutricion Hospitalaria,* **2015;** 32:1752-1757.

20. **Naeimi AF, Haghighian HK, Gargari BP, Alizadeh M, Rouzitalab T.** Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, *Bulimia and Obesity,* **2016;** 21:597-605.

21. **Gan W, Nasir MM, Zalilah M, Hazizi A.** Disordered eating behaviors, depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *College Student Journal,* **2011;** 45:296-310.

22. **Memon AA, Adil SE-e-R, Siddiqui EU, Naeem SS, Ali SA, Mehmood K.** Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan-a cross-sectional study. *BMC research notes,* **2012;** 5:1-7.

23. **Suhail K.** Prevalence of eating disorders in Pakistan: relationship with depression and body shape. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity,* **2002;** 7:131-138.

24. **Jennings PS, Forbes D, McDermott B, Hulse G, Juniper S.** Eating disorder attitudes and psychopathology in Caucasian Australian, Asian Australian and Thai university students. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry,* **2006;** 40:143-149.

25. **Pattanathaburt P, Somrongthong R, Thianthai C.** Prevalence of disordered eating behaviors, body image dissatisfaction, and associated factors among Thai female undergraduate students. *International Journal of Health Promotion and Education,* **2013;** 51:151-160.

26. **Ko N, Tam DM, Viet NK, Scheib P, Wirsching M, Zeeck A.** Disordered eating behaviors in university students in Hanoi, Vietnam. *Journal of Eating Disorders* **2015;** 3:1-7.

27. **Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW.** Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports,* **2012;** 14:406-414.

28. **Büyükgöze-Kavas A.** Eating attitudes and depression in a Turkish sample. European Eating Disorders Review, *The Professional Journal of the Eating Disorders Association,* **2007;** 15:305-310.

29. **Jalali-Farahani S, Chin YS, Nasir MTM, 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,* **2015;** 46:485-492.

30. **Liao Y, Liu T, Cheng Y, et al.** Changes in eating attitudes, eating disorders and body weight in Chinese medical university students. *International Journal of Social Psychiatry,* **2013;** 59:578-585.

31. **Lundahl A, Wahlstrom LC, Christ CC, Stoltenberg SF.** Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. *Eating behaviors,* **2015;** 18:120-124.

32. **Tam CK, Ng CF, Yu CM, Young BW.** Disordered eating attitudes and behaviours among adolescents in Hong Kong: prevalence and correlates. *Journal of Paediatrics and Child Health,* **2007;** 43:811-817.

33. **Fitzsimmons-Craft EE, Karam AM, Monterubio GE, Taylor CB, Wilfley DE.** Screening for eating disorders on college campuses: A review of the recent literature. *Current Psychiatry Reports,* **2019;** 21:1-17.

34. **Feldman RS.** Life Span Development: Pearson New International Edition. Boston: Pearson Education Limited, **2017**.

35. **Dirican R.** *Halk sağlığı (toplum hekimliği),* Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, **1993**.

36. **McKay L, Diem E.** Health concerns of adolescent girls. *Journal of Pediatric Nursing,* **1995;** 10:19-27.

37. **Baysal A.** *Beslenme.* Ankara: Hatiboğlu Basım ve Yayım, **2011**.

38. **Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E.** Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,* **2007;** 6:242-248.

39. **Kadıoğlu M, Ergün A.** Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences,* **2015;** 5:96-104.

40. **Maner F.** Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası,* **2001;** 5:130-139.

41. **Kjelsås E, Bjørnstrøm C, Götestam KG.** Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating Behaviors,* **2004;** 5:13-25.

42. **Toker DE, Hocaoğlu Ç.** Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam,* **2009;** 22:36-42.

43. **Tasca GA, Balfour L.** Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders,* **2014;** 47:710-717.

44. **Erbay LG, Seçkin Y.** Yeme bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji,* **2016;** 20:473-477.

45. **Davison GC, Neale JM, Dağ İ.** Anormal psikolojisi:(Abnormal psychology): Türk Psikologlar Derneği Yayınları, **2004**.

46. **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,* **2000;** 157:393-401.

47. **Polivy J, Herman CP.** Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology,* **2002;** 53:187-213.

48. **Canat S.** Yeme bozukluklarına genel bakış. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları,* **1999;** 4:133-136.

49. **Ertaş HS.** *Yeme bozuklukları, Anoreksiya, yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme*. İstanbul: Timaş Yayınları, **2006**.

50. **Gülerce A.** Türkiye'de ailelerin psikolojik örüntüleri: Boğaziçi Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, **1996**.

51. **Ricciardelli LA, McCabe MP.** Sociocultural and individual influences on muscle gain and weight loss strategies among adolescent boys and girls. *Psychology in the Schools,* **2003;** 40:209-224.

52. **Stice E, Schupak-Neuberg E, Shaw HE, Stein RI.** Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology,* **1994;** 103:836.

53. **Stice E, Maxfield J, Wells T.** Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of "fat talk". *International Journal of Eating Disorders,* **2003;** 34:108-117.

54. **Oral N, Şahin NH.** Yeme tutum bozukluğunun kişilerarası Şemalar, bağlanma, kişilerarası İlişki tarzları ve öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi,* **2008**.

55. **Kring A, Johnson S, Davison G, Neale J.** Anormal Psikolojisi (Çeviri Ed M Şahin). Ankara, Nobel, **2015**.

56. **Özdel O, Ateşçi F, Kalkan-Oğuzhanoğlu N.** Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi,* **2003;** 14:153-159.

57. **Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, Goldner EM, Gao M.** The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders,* **2005;** 38:143-146.

58. **Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC.** The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry,* **2007;** 61:348-358.

59. **Deering S.** Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician/gynecologists. *Primary Care Update for Ob/Gyns,* **2001;** 8:31-35.

60. **Anorexia Nervosa [online].** Available at: http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorexia/symptoms-causes/dxc20179513. Accessed 16.02.2021.

61. **Ünalan D, Öztop DB, Elmalı F, et al.** Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* **2009;** 16(2), 75-81.

62. **Özsoy EV.** Personality traits in eating disorders. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, **2017;** 3:255-266.

63. **Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D, Munk-Jørgensen P, Strober M.** A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International Journal of Eating Disorders,* **2015;** 48:1-8.

64. **Duncan L, Yilmaz Z, Gaspar H, et al.** Significant locus and metabolic genetic correlations revealed in genome-wide association study of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry,* **2017;** 174:850-858.

65. **Feyza B.** Yemek Ya Da Yememek. İstanbul: Doğan Kitabevi, **2011**.

66. **Attia E, Roberto CA.** Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders,* **2009;** 42:581-589.

67. **Kabakçı E, Demir B.** Yeme bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi,* **2001;** 32:125-131.

68. **Kagan DM, Squires RL.** Dieting, compulsive eating, and feelings of failure among adolescents. *International Journal of Eating Disorders,* **1983;** 3:15-26.

69. **Yücel B.** Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *İlk Söz,* **2009;** 22:39-45.

70. **Maner F, Aydın A.** Yeme bozukluklarında bilişsel davranışçı tedavi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar,* **2007;** 1:23-36.

71. **Kılıç EZ.** Ruhsal bir hastalık olarak yeme bozuklukları. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, **2006;** 2:45-50.

72. **Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A.** Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, **1997;** 185:704-707.

73. **Schneider M.** Bulimia nervosa and binge-eating disorder in adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*, **2003;** 14:119.

74. **Mehler PS, Birmingham LC, Crow SJ, Jahraus JP.** Medical complications of eating disorders. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook,* **2010:**66-80.

75. **Grilo CM, Mitchell JE.** The treatment of eating disorders: A clinical handbook: Guilford Press, **2011**.

76. **Stunkard AJ.** Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly,* **1959;** 33:284-295.

77. **Bodell LP, Devlin MJ.** *Pharmacotherapy for binge-eating disorder*. The treatment of eating disorders: A clinical handbook **2010:**402-414.

78. **Polivy J, Herman CP.** *Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders.* Guilford Press, **2004**.

79. **Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS.** Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders* **2002;** 32:72-78.

80. **Nolen-Hoeksema S.** Abnormal Psychology. New York: The McGraw-Hill Companies, **2004**.

81. **Baş M.** *Yeme Bozukluklarına Diyetsel Yaklaşım ve Ağırlık Yönetimi ilişkisi.* Eds: Baysal A, Baş M Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, **2008:**202-234.

82. **Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG.** The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders,* **2009;** 42:687-705.

83. **Littrè E.** Hippocrates: Oeuvres Complètes d'Hippocrate. Littr_e E, transl: Paris, **1839**.

84. **Budak S.** *Psikoloji sözlüğü,* Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, **2000**.

85. **Abrahams PW, Parsons JA.** Geophagy in the tropics: a literature review. *Geographical Journal,* **1996;** 63-72.

86. **Stiegler LN.** Understanding pica behavior: A review for clinical and education professionals. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, **2005;** 20:27-38.

87. **Rose EA, Porcerelli JH, Neale AV.** Pica: common but commonly missed. *The Journal of the American Board of Family Practice,* **2000;** 13:353-358.

88. **Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M.** Pediatric feeding and eating disorders: current state of diagnosis and treatment. *Current Psychiatry Reports,* **2014;** 16:446.

89. **Tucker MH, Holmes J, Harley S, Garcia MR, Custodio H.** Case 1: Fever and Ataxia in a Toddler with Pica. *Pediatrics in Review,* **2017;** 38:435-436.

90. **Williams DE, McAdam D.** Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: clinical guidelines and recommendations for practitioners. *Research in Developmental Disabilities* **2012;** 33:2050-2057.

91. **Akbulut G.** Tıbbi Beslenme Tedavisinde Güncel Uygulamalar-X: Transplantasyonlarda Tıbbi Beslenme Tedavisi. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2016**.

92. **Kaçar M, Hocaoğlu Ç.** Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi,* **2019;** 22.

93. **Halland M, Pandolfino J, Barba E.** Diagnosis and treatment of rumination syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology,* **2018;** 16:1549-1555.

94. **Kessing BF, Smout AJ, Bredenoord AJ.** Current diagnosis and management of the rumination syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology,* **2014;** 48:478-483.

95. **Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT.** Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders,* **2010;** 43:98-111.

96. **Piran N.** Prevention of eating disorders: a review of outcome evaluation research. *Israel Journal of Psychiatry,* **2005;** 42:172.

97. **Rome ES, Ammerman S.** Medical complications of eating disorders: an update. *Journal of Adolescent Health,* **2003;** 33:418-426.

98. **Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A, Yontar G, Kugu N.** Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Turkish Journal of Psychiatry,* **2013;** 24.

99. **Cinemre B.** Yeme bozuklukları: epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları,* **2009;** 4:137-154.

100. Geller J, Dunn EC. Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: Tailoring interventions to patient readiness for change. *Cognitive and Behavioral Practice,* **2011;** 18:5-15.

101. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide: Oxford University Press, **1989**.

102. Soygüt G. *Yeme bozukluklarının bilişsel davranışçı tedavisi*. Bilişsel davranışçı terapiler. Türk Psikologlar Derneği: Ankara, **2003**.

103. Miller WR, Rollnick S, Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE, Ayhan A. Motivasyonel görüşme: insanları değişime hazırlama: HYB Basım Yayın, **2009**.

104. Feld R, Woodside DB, Kaplan AS, Olmsted MP, Carter JC. Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders,* **2001;** 29:393-400.

105. Myers ES. *Counseling clients with eating disorders.* Nutirition therapy: advanced counseling skills. New York: Lippincott Williams & Wilkins, **2007**.

106. Zwaan M, J. R. Pharmacological treatment of eating disorders: a review. Eating disorders. In: Maj M HK, Lopez-Ibor J J, Sartorius N., ed. John Wiley & Sons: West Sussex, **2003:**222-285.

107. Larson JS. The measurement of health: Concepts and indicators: Greenwood Publishing Group, **1991**.

108. WHO. WHO definition of Health [online]. Available at: http://www.who.int/ about/definition/en/print.html.

109. Birol L. *Hemşirelik süreci.* Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.: İzmir, **1997**.

110. Babitsch B, Gohl D, Von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *GMS Psycho-Social-Medicine,* **2012;** 9.

111. Tecim E. *Sağlık Sosyolojisi*. Konya: Çizgi Kitabevi **2018**.

112. Öztürk M, Uskun E, Özdemir R, Çınar M, Alptekin F, Doğan M. Isparta ilinde halkın geleneksel tedavi tercihi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* **2005;** 13:179-186.

113. **Sarı Ö, Atılgan K.** *Sağlık Sosyolojisi, Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar*. Karatay Akademi Yayınları **2012:**19.

114. **Berkman L, Kawachi I.** Social epidemiology New York: Oxford University Press. Health Ecology Model, **2000**.

115. **Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP.** Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology,* **2007;** 35:557-561.

116. **Tuğut N, Bekar M.** Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2008;** 11:17-26.

117. **Velioğlu P.** *Hemşirelikte kavramlar ve kuramlar.* Ankara: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2012**.

118. **Bolsoy N, Sevil Ü.** Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2006;** 9:78-87.

119. **Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA.** The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research* **1996;** 45:30-36.

120. **Klein Velderman M, Crone MR, Wiefferink CH, Reijneveld SA.** Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *European Journal of Public Health,* **2010;** 20:332-338.

121. **Aykut MCO, Çetinkaya F.** *Gençlik döneminin özellikleri ve sağlık sorunları*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi yayınları, **1995**.

122. **Dirican R BN.** *Gençlerin sağlık sorunları*. Uludağ: Uludağ Üniversitesi Basımevi, **1993**.

123. **Allen J, et al.** (2011) The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short version. WONCA Europe **2011.**

124. **Williams PM, Goodie J, Motsinger CD.** Treating eating disorders in primary care. *American Family Physician,* **2008;** 77:187-195.

125. **Taylor C, Lillis C, LeMone P.** *Fundamentals of nursing*, Philadelphia: Lippincott, **1997**.

126. Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache J, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. J*ournal of Epidemiology & Community Health* **2001;** 55:233-238.

127. Wortman J, Lucas RE, Donnellan MB. Stability and change in the Big Five personality domains: Evidence from a longitudinal study of Australians. *Psychology and Aging* **2012;** 27:867.

128. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* **1979;** 9:273-279.

129. Erol N, Savasır I. Yeme tutum testi: Anoreksiya nervosa belirtileri indeksi. *Türk Psikoloji Dergisi,* **1989;** 23:132-136.

130. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı: Boğaziçi Üniversitesi, **1997**.

131. Kadioglu H, Yildiz A. Saglik Algisi Ölçegi'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirligi/Validity and Reliability of Turkish Version of Perception of Health Scale. *Türkiye Klinikleri Tip Bilimleri Dergisi,* **2012;** 32:47.

132. WHO. BMI-for-age (5-19 years) [online]. Available at: https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age.

133. Özdemir O. Medikal İstatistik, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, Birinci Baskı, İstanbul, **2006**.

134. Erol A, Toprak G, Yazici F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Derg,* **2002;** 13:48-57.

135. Oğur S, Aksoy A, Selen H. Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, **2016;** 5:14-26.

136. Şahin Yanık E. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yeme bozuklukları ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, **2017**.

137. Yaşar K, Emel LN, Şimal Ç, et al. Maltepe Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Maltepe Tıp Dergisi,* **2010;** 2:18-25.

138. Karabekir M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yeme Tutumu İle Depresyon, Anksiyete Ve Dürtüsellik Arasındaki İlişki. Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara, **2020**.

139. Çelik S, Yoldaşcan EB, Okyay RA, Özenli Y. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2016;** 17.

140. Oral B. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, **2018**.

141. Karabayır N. Lise öğrencilerinde sağlık algısının riskli sağlık davranışlarına etkisi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2019**.

142. Yılmaz EG. Balıkesir Üniversitesi öğrencilerinde yeme tutumu ve yeme bozuklukları yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması, Uzmanlık Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir, **2018**.

143. Işık B. Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde yeme bozukluklarının araştırılması. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa, **2009**.

144. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Medscape general medicine,* **2004;** 6.

145. Boyraz NS. Lise öğrencilerinde yeme farkındalığı ile olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörler, Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2020**.

146. Yulu N. Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2020**.

147. Tayfur S. Üniversite öğrencilerinde beden algısı, yeme tutumu ve depresyon düzeyinin incelenmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2018**.

148. Sarı S. Bir Grup Sağlık Yüksek Okulu Öğrencisinin Yeme Tutumu ve Çocukluk Çağı Psikolojik Travmaları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, **2001**.

149. Forman-Hoffman V. High prevalence of abnormal eating and weight control practices among US high-school students. *Eating behaviors,* **2004;** 5:325-336.

150. Sim LA, Lebow J, Billings M. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics,* **2013;** 132:1026-1030.

151. **Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y.** Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*, **2013;** 13:289-297.

152. **Kıraç R.** Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: Yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir çalışma, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, **2019**.

153. **Özdelikara A, Alkan SA, Mumcu N.** Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **2018;** 14:275-282

8. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

Çukurova Üniversitesi Öğrenci Adaylarında
Yeme Tutumu ile Sağlık Algısı İlişkisinin Değerlendirilmesi
Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sevgili Öğrencimiz,

Öncelikle üniversitemize hoş geldiniz. Sizi ‘‘Çukurova Üniversitesi Öğrencileri Adaylarında Yeme Tutumu ile Sağlık Algısı İlişkisinin Değerlendirilmesi’’ başlıklı tez çalışmamıza davet ediyoruz. Bu anket çalışmasında tanımlayıcı bilgiler yer almamaktadır. Cevaplarınız gizli kalacaktır ve sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Eğer cevaplarınızla ilgili geri bildirim almak isterseniz anketinize bir rumuz eklemeniz ve aşağıdaki mail adresinden ya da numaradan bize ulaşmanız yeterlidir. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Sorulara dürüst olarak doğru cevap vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından çok önemlidir. Katılımınız ve ayıracağınız zaman için teşekkür ederiz.

Ek 2. Anket Formu

ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz	1.Erkek 2.Kadın
2. Doğum yılınız	
3. Kazandığınız bölüm	
4. Boyunuz ve kilonuz	Boy: ……(cm) Kilo:…….. (kg)
5. Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren, hekim tarafından tanı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?	1.Evet 2.Hayır

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.	**Daima**	**Çok sık**	**Sık sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	1	2	3	4	5	6
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	1	2	3	4	5	6
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	1	2	3	4	5	6
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	1	2	3	4	5	6
6. Aklım fikrim yemektedir.	1	2	3	4	5	6
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	1	2	3	4	5	6
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	1	2	3	4	5	6
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	1	2	3	4	5	6
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili. yiyeceklerden kaçınırım.	1	2	3	4	5	6
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	1	2	3	4	5	6
12. Ailem fazla yememi bekler.	1	2	3	4	5	6
13. Yemek yedikten sona kusarım.	1	2	3	4	5	6

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.	**Daima**	**Çok sık**	**Sık sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5	6
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	1	2	3	4	5	6
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5	6
17. Günde birkaç kere tartılırım.	1	2	3	4	5	6
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
19. Et yemekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
20. Sabahları erken uyanırım.	1	2	3	4	5	6
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	1	2	3	4	5	6
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	1	2	3	4	5	6
23. Adetlerim düzenlidir.	1	2	3	4	5	6
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	1	2	3	4	5	6
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	1	2	3	4	5	6
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	1	2	3	4	5	6
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	1	2	3	4	5	6
28. Müshil kullanırım.	1	2	3	4	5	6
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	1	2	3	4	5	6
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	1	2	3	4	5	6
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	1	2	3	4	5	6
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.	1	2	3	4	5	6
34. Yiyecekle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	1	2	3	4	5	6
35. Kabızlıktan yakınırım.	1	2	3	4	5	6
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	1	2	3	4	5	6
37. Perhiz yaparım.	1	2	3	4	5	6

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.	**Daima**	**Çok sık**	**Sık sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	1	2	3	4	5	6

Bu anket sizin sağlık algınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.	**Hiç katılmıyormm**	**Katılmıyorm**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorm**
1. Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır	1	2	3	4	5
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12. Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14. İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	1	2	3	4	5
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

Katılımınız için teşekkür eder, üniversite yaşamınızda başarılar dileriz.

Cevaplarınızla ilgili geri bildirim almak isterseniz anketinize bir rumuz eklemeniz ve aşağıdaki iletişim bilgilerinden bize ulaşmanız yeterlidir.