



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ
(KLİNİK PSİKOLOJİ-ERİŞKİN)
ANABİLİM DALI



**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE YEME TUTUMLARI İLE
ALGILANAN STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Esra DOĞRUEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2020

Esra DOĞRUEL

PSİKİYATRİ (KLİNİK PSİKOLOJİ-ERİŞKİN) ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2020



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRI (KLİNİK PSİKOLOJİ-ERİŞKİN)
ANABİLİM DALI



**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE YEME TUTUMLARI İLE
ALGILANAN STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Esra DOĞRUEL

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**DANIŞMAN:
Prof. Dr. Selçuk KIRLI**

BURSA-2020

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

“TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE YEME TUTUMLARI İLE ALGILANAN STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.




Esra DOĞRUEL

23/12/2019



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tıp-Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin) Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Esra DOĞRUDEL tarafından hazırlanan “Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yeme Tutumları ile Algılanan Stres ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu Yüksek Lisans tezi .08./01../2020. günü, 10:30...-11:30 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Selçuk KIRLI	
Üye	Prof. Dr. Aslı SARANDÖL	
Üye	Doç. Dr. İbrahim TAYMUR	
Üye		

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun.....tarih ve.....sayılı toplantısında alınan.....numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER

Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

23/12/2019

Adı Soyadı: Esra DOĞRUEL

Anabilim Dalı: Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin)

Tez Konusu: Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yeme Tutumları ile Algılanan Stres ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Prof. Dr. Selçuk KIRLI

İmza:



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY... ..	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V-VI
TÜRKÇE ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yeme Tutumu ve Bozulmuş Yeme Tutumu.....	3
2.2. Yeme Bozuklukları.....	4
2.2.1. Klinik Görünüm ve Tanı Ölçütleri... ..	5
2.2.1.1. Anoreksiya Nervosa... ..	5
2.2.1.2. Bulimiya Nervosa... ..	6
2.2.1.3. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu.....	7
2.2.2. Epidemiyoloji.....	8
2.2.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri... ..	9
2.2.3.1. Biyolojik Faktörler.....	9
2.2.3.2. Kuramsal Açıklamalar... ..	10
2.2.3.2.1. Psikanalitik açıklamalar.....	10
2.2.3.2.2. Bilişsel davranışçı yaklaşım.....	11
2.2.3.3. Sosyokültürel Faktörler.....	12
2.2.3.4. Ailenin Etkisi... ..	13
2.2.3.5. Bireysel Risk Faktörleri... ..	14
2.3. Stres... ..	14
2.3.1. Stres Kavramı... ..	14

2.3.2. Stresi açıklayan yaklaşımlar...	15
2.3.3. Stres ve Yeme Bozukluğu.....	16
2.4. Stresle Başa Çıkma	17
2.4.1. Stresle Başa Çıkma ve Yeme Bozukluğu	17
2.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi...	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Örneklem.....	21
3.2. Veri Toplama Araçları.....	21
3.2.1. Demografik Bilgi Formu	21
3.2.2. Yeme Tutum Testi.....	22
3.2.3. Algılanan Stres Ölçeği.....	22
3.2.4. Stresle Başa Çıkma Ölçeği... ..	23
3.3. Verilerin Toplanması	24
3.4. Veri Analizi.....	24
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	34
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yeni Araştırmalar İçin Öneriler	41
5.7. Genel Sonuç.....	41
6. KAYNAKLAR	42
7. SİMGELER VE KISALTMALAR	51
8. EKLER.....	52
9. TEŞEKKÜR... ..	54
10. ÖZGEÇMİŞ	55

TÜRKÇE ÖZET

Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde yeme tutumları ile algılanan stres ve stresle başa çıkma yolları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca bu değişkenlerin öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları dönemlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı sorusuna cevap aranmıştır. Araştırma örneklemini Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde dönem 2-3-4-5'te öğrenim görmekte olan 200 öğrenciden oluşmuştur. Veri toplama aracı olarak demografik bilgi formu, Yeme Tutum Testi (YTT), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ) kullanılmıştır. Çalışma sonucuna göre, yeme tutumu grupları arasında demografik değişkenlere göre fark bulunmamıştır. Anormal yeme tutumuna sahip öğrencilerin normal yeme tutumuna sahip öğrencilere kıyasla ortalama sosyal destek alt ölçek puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Problem odaklı başa çıkma ve algılanan stres puanı arasında ise ters yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca dönemler arasında kaçınma odaklı başa çıkma puanlarına göre; klinik grupları arasında kaçınma odaklı başa çıkma puanlarına göre fark bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yeme tutumu, algılanan stres, stresle başa çıkma, tıp öğrencileri.

İNGİLİZCE ÖZET

Examining the Relationship Between Eating Attitudes, Perceived Stress and Coping with Stress Among Medical Students

In the current study, the relationship between eating attitudes and perceived stress and coping ways with stress were investigated among medical students. Whether these variables are differentiated according to class levels were also examined. The sample of the study consisted of 200 medical students from 2-3-4-5 class levels at the Medical Faculty of Bursa Uludag University, Turkey. Demographic Information Form, Eating Attitude Test (EAT), Perceived Stress Scale (PSS) and Coping with Stress Scale (CSS) were used. According to the result, there was no difference between eating attitude groups in terms of demographic variables. Abnormal eating attitude group had the mean of social support subscale score compared to normal eating attitude group. Negative correlation was found between problem focused coping subscale and perceived stress scores. Moreover, there was a significant difference in the class levels in terms of avoidance focused coping subscale score. There was also significant difference between clinical groups with regard to avoidance focused coping subscale score. The results are discussed within the scope of the literature.

Keywords: Eating attitude, perceived stress, coping ways with stress, medical students.

1. GİRİŞ

Yeme bozuklukları genellikle günümüzün hastalıkları olarak nitelendirilseler de patolojik yeme örnekleri yüzyıllar öncesine dayanmaktadır (Silverman, 1997). Yunan hekim Galen 2. yüzyılda aşırı yeme, kusma ve bayılma gibi belirtilerin görüldüğü bir sendrom tarif etmiş ve bu sendromu *bulimos* olarak adlandırmıştır (Ziolko, 1996). Yeme bozukluklarının önemli klinik problemler olduğunun fark edilmesi ve klinisyenlerin patolojik yeme örneklerine sahip birçok hasta görmeye başlaması ise 1970 ve 1980'lere dayanır (Butcher ve ark., 2013).

Yeme bozuklukları son yıllarda ülkemizde ve tüm dünyada oldukça yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir (Kumcağız ve ark., 2017). Yeme bozukluklarında yeme davranışının önemli derecede bozulduğu bilinmektedir (Vardar ve Erzengin, 2011). Ayrıca, yeme tutumunun bozulması yeme bozukluklarının başlangıç noktası olarak görülmektedir (Leichner ve ark., 1986). Bu durum yeme tutumunun klinik psikoloji ve psikiyatrinin ilgi çeken konularının arasına girip günümüzde birçok araştırmanın ve tartışmanın konusu haline gelmesini sağlamıştır (Aytin, 2014).

Bireyin yeme tutumunu etkileyip yeme bozukluklarına zemin hazırlayan faktörlerin anlaşılması, bu bozuklukların gelişmeden önüne geçilmesi açısından önemlidir. Stresli olma, yeme tutumunun üzerinde etkisi olduğuna inanılan psikolojik bir durumdur (Özgen ve ark., 2012; Wardle ve Gibson, 2002). Strese tepki olarak yeme davranışının artan ve azalan yönde olabileceği ve bu durumun stresörün şiddeti ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (Tahir, 2016; Torres ve Nowson, 2007).

Aynı stresöre maruz kalan bazı bireyler güçlü bir tepki gösterirken bazıları göstermezler. Bu durum aracı değişkenler ile açıklanabilir (Cattanach ve Rodin, 1988). Başa çıkmanın, stres ve psikiyatrik bir hastalığın başlaması arasında aracı role sahip olduğu düşünülmektedir (Troop ve ark., 1994). Psikolojik stresin, bazı kişilerin yeme

bozuklukları geliştirmeye yatkın hale gelmesindeki rolünü daha iyi anlayabilmek için stres kavramı başa çıkmayı da kapsayan bir süreç olarak ele alınmalıdır (Cattanach ve Rodin, 1988).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Tutumu ve Bozulmuş Yeme Tutumu

Psikolojik bir kavram olarak *yeme tutumu* "bireyin yeme ve beslenmeyle ilgili düşüncelerini, davranışlarını ve duygularını oluşturan eğilim" olarak tanımlanır. Yemeye karşı olan tutum, kişinin normal veya anormal yeme davranışı sergilemesinde rol oynar (Aytin, 2014).

Yeme tutumunun bozulmasının yeme bozukluklarına doğru giden süreci başlattığı düşünülmektedir (Leichner ve ark.,1986). Bozulmuş yeme tutumunun süreklilik kazanması yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (Calam ve Waller, 1998). Yeme ile ilgili problemler ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin ortaya koyulması yeme bozukluğu süreç hipotezinin oluşturulmasına zemin hazırlamıştır. Süreç hipotezinin ilk kez Nylander tarafından ortaya koyulduğu ve daha sonra Rodin ve ark. tarafından geliştirildiği Scarano ve Kalodner-Martin'in 1994'te yaptığı çalışmada belirtilmiştir.

"Yeme bozuklukları hattı" kavramı farklı yeme problemlerinin ve yeme bozukluklarının benzeyen ve ayrışan yönlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için birçok araştırmacı tarafından kullanılmıştır (Scalf-McIver ve Thompson, 1989; Scarano ve Kalodner-Martin, 1994). Bu kavram çeşitli bozulmuş yeme davranışları ve yeme bozuklukları arasındaki benzerliklerin ve farklılıkların anlaşılmasını sağlamaktadır. Süreç hipotezi, farklı yeme bozukluklarına sahip bireylerin yeme davranışları bakımından birbirlerinden ayrılmalarına rağmen bu hat üzerindeki grupların (sırasıyla normal yemek yiyen, kilosu ile aşırı meşgul olan, kronik diyet yapan, çıkarıcı, eşikaltı bulimiya ve bulimiya) benzer psikolojik özellikler taşıdıklarını öne sürer. Bu durum hat üzerindeki grupların sadece yeme problemlerinin şiddeti ve frekansı açısından farklılaştığı anlamına gelmektedir.

"Normal" yemek yiyenler ve "Bulimiya" olanlar hattın zıt uçlarında bulunmaktadır. Yeme bozukluklarının sublinik formları ise bu iki grubun arasında yer almaktadır. Diğer yandan Anoreksiya Nervoza (AN) tıknırcasına yeme ile karakterize olmadığı için ve nitelik açısından diğer yeme bozukluklarından farklı olduğu için bu hatta bulunmamaktadır (Scarano ve Kalodner-Martin, 1994). Bu durumla ilgili Williamson ve arkadaşlarının 2002'de klinik olmayan katılımcılar (obez ve normal kilolu) ile klinik grupları (anoreksiya, bulimiya, başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları, tıknırcasına yeme bozukluğu) karşılaştırdığı çalışmada, AN'nin nitel açıdan değil de nicel açıdan ayrıştığına işaret edilmiştir (Perosa ve Perosa, 2004). Perosa ve Perosa (2004), Scarano ve Kalodner-Martin'in 1994'te ve Lowe ve arkadaşlarının 1996'da yaptıkları çalışmalarda yeme hattı kavramının desteklendiğini bildirmiştir. Bu bağlamda yeme tutumunun bozulmasının, yeme bozukluklarına doğru giden süreci başlattığı göz önünde bulundurulduğunda, bozulmuş yeme tutumuna zemin hazırlayan faktörlerin anlaşılmasının önemli olduğuna inanılmaktadır.

2.2. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, yeme davranışına yönelik tüm bozuklukların toplandığı psikiyatrik rahatsızlıklar için genel bir tanımlamadır. Yeme bozuklukları deyince akla ilk gelen kategoriler Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza'dır (Toker ve Hocaoğlu, 2009). Bu iki bozukluğun temelinde de aşırı kilolu veya şişman olma korkusu ve beraberinde gelen zayıf olma isteği vardır. Bu istek durmak bilmeden devam eder ve bazen ölümcül olabilmektedir (Butcher ve ark., 2013).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (2001) hazırlamış olduğu Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı'nda (DSM-IV) Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTAYB) olmak üzere üç temel alt kategori Yeme Bozuklukları başlığı altında toplanmıştır. Mart 2013 itibariyle kullanılmaya başlanan DSM-V'te ise genel başlık Beslenme ve Yeme Bozuklukları olarak değiştirilmiştir. Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza'nın yanına Pika ve Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu gibi yeni tanı kategorileri eklenmiştir. Ayrıca, DSM-IV'te Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu'nun alt kategorisinde yer alan Geri Çıkarma (Geviş Getirme)

Bozukluğu ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu DSM-V'te ayrı tanı kategorileri olarak yer almıştır.

Bu çalışmada kullanılan Yeme Tutum Testi-40 kişilerin yeme tutum ve davranışlarını değerlendirirken DSM-IV ve öncesindeki tanı ölçütleri temel alınarak oluşturulduğundan, bu bölümde DSM-IV'teki Yeme Bozuklukları alt kategorileri tanıtılacaktır.

2.2.1. Klinik Görünüm ve Tanı Ölçütleri

2.2.1.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa terimi "sinirsel iştahsızlık" anlamına gelse de günümüzün tıbbi bilgileri hastada gerçek bir iştah kaybının olmadığını göstermektedir. Hastalığın merkezinde kilo alma ya da şişmanlama korkusu ile beraber minimum vücut ağırlığını bile korumayı reddetme vardır. Hastalar çoğunlukla çok zayıflamış olsa bile bir problemin olmadığını düşünürler. Kilo kaybetmek hastalarda geçici bir tatmin hissi oluşturur. Hastalar zayıflıklarını gizlemek için bol elbise giymeyi tercih edebilirler. Ayrıca çok fazla miktarda su içerek geçici olarak kilolarını artırabilirler (Butcher ve ark.,2013).

Anoreksiya Nervosa için tanı ölçütleri:

A. "Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (örn. beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilmeme).

B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.

C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkâr etme.

D. Bayanlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması. (Sadece hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örn. östrojen uygulanması.)" (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001)

2.2.1.2. Bulimiya Nervosa

Bulimia kelimesi Yunanca kökenli olup *bous* (öküz) ve *limos* (açlık) sözcüklerinin birleşimiyle oluşur. Kişinin "bir öküz yiyebilecek kadar aç olması" anlamına gelmektedir. Bulimiya nervosa terimi ise ilk kez 1979 yılında İngiliz psikiyatr Russell tarafından kullanılmıştır. Bulimiya nervosa hastaları ve anoreksiya nervosa hastalarının ikisi de temelde şişman olma veya şişmanlama korkusu taşırlar. Fakat anoreksiya nervosa hastalarının tersine bulimiya nervosa hastalarının kiloları genelde normaldir. Tıkınırcasına yeme (binge eating) hastalığın önde gelen belirtisi olmakla beraber hastalar tıkınırcasına yedikten sonra utanç ve suçluluk hisseder. Daha sonra bu durumu kontrol edebilmek amacıyla kusma, aşırı egzersiz yapma ve laksatif kullanma gibi yöntemlere başvururlar. Hastalar kusma gibi davranışlardan tiksinseler bile kilo alma korkularını rahatlamak için bu yöntemlere başvurmaya devam ederler (Butcher ve ark., 2013).

Bulimia nervosa için tanı ölçütleri:

A. "Yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıkınırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

(1) aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme.

(2) bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örn. yemeyi durdurmayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu)

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe

ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

C. Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.

D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir.

E. Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervoza epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

2.2.1.3. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

Herhangi özgül bir yeme bozukluğunun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan yeme bozuklukları için kullanılan tanı kategorisidir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) DSM-IV'te bu kategoride ek bir tanı olarak bulunurken, DSM-V'te ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almaktadır.

Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu tanı ölçütleri:

"Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu kategorisi, herhangi özgül bir Yeme Bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamayan yeme bozuklukları içindir. Örnekleri arasında şunlar vardır:

1. Bayanlarda, bireyin düzenli menstruasyonlarının olması dışında Anoreksiya Nervoza'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

2. Belirgin bir kilo kaybının olmasına karşın kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarında olması dışında Anoreksiya Nervoza'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

3. Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici düzeneklerin haftada iki kezden daha az bir sıklıkta ya da 3 aydan daha kısa süreli olarak ortaya çıkması dışında Bulimiya Nervoza'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

4. Olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunması.

5. Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme ancak yutmama.

6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Düzenli olarak BN'ye özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması." (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

2.2.2. Epidemiyoloji

Gençlerde yaygınlığı ve sıklığı giderek artmakta olan YB'yi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tıbbi dikkat gerektiren önemli tıbbi durum olarak nitelendirmektedir (Janout ve Janoutova, 2004). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (1994) YB'nin genel toplumdaki yaygınlığını %0.5 - %3 arasında olarak bildirmektedir.

Yapılan bir çalışmada BN'nin yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda yaklaşık %1.5, erkeklerde %0.5; AN'nin yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %0.9, erkeklerde %0.3 ve TYB'nin yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %3.5, erkeklerde %2 olarak bulunmuştur (Hudson ve ark., 2007).

Araştırmalar bazı grupların yeme bozukluğu geliştirmesi açısından yüksek risk altında olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle lise ve üniversite öğrencileri yüksek riskli gruplar arasında görülmektedir (Van Hoeken ve ark., 2003). Ergen öğrenci grubu ile yürütülen bir çalışmanın bulguları AN, BN, BTAYB, TYB ve tüm yeme bozukluklarının nokta yaygınlığı oranlarının sırasıyla %0.034, %0.79, %1.51, %0.99 ve %2.33 olduğunu göstermiştir (Vardar ve Erzengin, 2011). 1978 lise öğrencisinde yapılan bir başka çalışmada ise kızlarda BN %4.3, erkeklerde %0.6 oranında saptanmıştır (Yeşilbursa, 1990). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise YB riskinin üniversite öğrencilerinde yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (Işık, 2009).

Bozulmuş yeme tutumları yeme bozuklukları tanı ölçütlerini karşılıyor olmasa bile, zamanla daha kötüye giderek önemli klinik problemler haline gelmektedirler (Butcher ve ark., 2013). Bu yüzden, yeme bozukluğu sıklığı araştırmalarının yanı sıra anormal yeme tutum ve davranışlarının araştırıldığı çalışmalar da oldukça önemlidir.

294 üniversite öğrencisi ile yürütülen bir araştırmada katılımcılara Yeme Tutum Testi (YTT) uygulanmıştır. YTT puanı 30 ve üzeri olan kişiler "yeme davranışı bozukluğuna yatkın" olarak nitelendirilmişlerdir. Kız öğrencilerin %11.9'unun, erkek

öğrencilerin %14.9'unun yeme davranışı bozukluğuna yatkın olduğu bulunmuştur (Oğur ve ark., 2016). Klinik olmayan örneklemede yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların YTT puanlarına bakıldığında, %7.9'unun 30 puan ve üzeri olduğu, dolayısıyla bu oranda katılımcının anormal yeme tutum ve davranışları sergilediği ifade edilmiştir (Altuğ ve ark., 2000).

2.2.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarının, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminin yansıması sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Biyolojik, sosyokültürel, ailesel ve bireysel faktörler hastalığın gelişiminde beraber rol oynarlar. Örneğin, zayıf olmayı vurgulayan bir kültürel tutuma maruz kalmak yeme bozukluğu gelişimine sebep olabilen önemli bir faktördür. Ancak bu tutuma maruz kalan çok az insan yeme bozukluğu geliştirir. Bu noktada, genetik faktörlerin bazı bireylerin kültürel tutumlara ya da diğer çevresel risk faktörlerine neden daha duyarlı olduğunu belirleyen bireysel farklılıkları açıklayabileceği düşünülmektedir. Diğer bir deyişle, yeme bozukluklarını strese yatkınlık modeli (diathesis-stress model) çerçevesinde ele aldığımızda genlerin bazı insanları çevresel baskıya karşı nasıl daha duyarlı hale getirdiğini ve bu insanların nasıl problemlili yeme tutumu ve davranışları geliştirdiğini anlamamız kolaylaşır (Butcher ve ark., 2013).

2.2.3.1. Biyolojik faktörler

Anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza tanısı alan kişilerin aile üyelerinde de bu hastalıklara sahip olma oranı artmaktadır. Yapılan bir çalışmada, anoreksiya nervoza hastalarının akrabalarının anoreksiya nervoza geliştirme riskinin sağlıklı grubun akrabalarının geliştirmesi riskinden 11.4 kez; bulimiya nervoza hastalarının akrabalarının bulimiya nervoza geliştirme riskinin sağlıklı grubun akrabalarının geliştirmesi riskinden 3.7 kez daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Strober ve ark., 2000). Ayrıca ikiz çalışmalarından elde edilen bulgulara genetik yatkınlığın hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğunu göstermektedir (Wade, 2010).

Serotonin yeme davranışının düzenlenmesinde rol oynayan bir nörotransmitterdir. Yeme bozukluğu olan birçok hastanın serotoninini hedef alan antidepresanlar kullandığında tedaviye olumlu cevap vermesi, yeme bozukluklarının

serotonerjik sistemde meydana gelen bozulmadan kaynaklandığına işaret etmektedir (Bailer ve Kaye, 2011). Ayrıca serotonin ile bağlantılı olan genlerin yeme bozukluklarının oluşmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (Wade, 2010).

Hipotalamus yeme davranışını kontrol eden beyin alanıdır. Hayvanlarla yapılan çalışmalarda lateral hipotalamus uyarıldığında, hayvanın yeni yemek yemiş olsa bile yemek yemeye başladığı görülmüştür. Diğer yandan hipotalamusta görülen herhangi bir abnormalitenin yeme bozukluklarının oluşumunda ana rol oynadığını gösteren bir bulgu bulunmamaktadır. Uher ve Treasure (2005) hipotalamusunda tümör olan bir dizi hastanın vaka raporlarını incelemiştir. Bunların bir kısmında iştah artma veya azalma ile ilişkili belirtiler olmasına rağmen, tümörün özgül bir yeme bozukluğu ile sonuçlandığını gösteren bir bulguya rastlanmamıştır.

2.2.3.2. Kuramsal Açıklamalar

Yeme bozukluklarının ortaya çıkışını ve sürdürülmesini açıklayan farklı kuramsal yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu bölümde, bilişsel-davranışçı model ve psikanalitik modelin YB'ye yaklaşımından bahsedilecektir.

2.2.3.2.1. Psikanalitik açıklamalar

Klasik psikanalitik teori anoreksiya için birçok açıklama getirir (Zerbe, 2001). Bu açıklamalardan biri hastalığın yeme ve cinsel içgüdü arasındaki bilinçdışı karmaşadan doğduğudur. Bazı kadınların yemek yemekten kaçınması, cinsel ilişki kurmayı reddetmenin sembolik bir yolu olarak görülmüştür. Başka bir açıklama AN'si olan kadınların "oral dölleme" fantezilerinin olabileceği ve şişmanlığı hamilelikle karıştırabileceği görüşüdür. Kişinin kendini aç bırakması ise hamilelik riskini azaltmaya yönelik bir davranış olarak değerlendirilmektedir. Diğer bir yaklaşıma göre anoreksiya erken gelişimsel sürece regrese olmanın yansımasıdır. Menstruasyonun kesilmesi yetişkinliğin bilinçdışı reddine ve çocukluk dönemine geri dönme isteğine işaret etmektedir. Son bir görüş de, anoreksiya'nın psikoseksüel gelişimin kesintiye uğramasının sonucunda ortaya çıktığı görüşüdür. Cinsel anksiyetelerin ve obsesyonların oral döneme saplanmanın sonucu olarak bozulmuş yeme ile ifade edildiği düşünülmektedir (Bennett, 2006).

Bruch (1982) AN'de açıkça görülen otonomi ve kontrol gibi benlik gelişimindeki eksikliklerin (ego deficiency) erken dönem anne çocuk ilişkisinin bir sonucu olduğunu ileri sürmektedir. Bruch'a göre (1982) bu dönemde annenin çocuğun ihtiyaçlarını uygun olarak karşılayamaması, çocuğun duygularını veya ihtiyaçlarını yanlış yorumlaması ve buna benzer problemler sonucunda, çocuklar aç veya tok olmak gibi içsel ihtiyaçları arasında ayırım yapamaz ve kendi duygularını tanımlayamazlar. Bu durumda, çocuklar aile gibi dışsal kılavuzlara dönerler. Ancak, davranışlarını, ihtiyaçlarını ve dürtülerini kontrol edebilmekte ve özgüvenlerini geliştirmede başarısız olurlar. Ergenlik dönemine geldiklerinde ise otonomilerini artırmaya ihtiyaç duyarlar fakat bunu başaramadıklarını düşünürler. Bu çaresizliğin üstünden gelmek için vücut ölçüsü, şekli ve yeme alışkanlıkları üzerinde kontrol kurmak isterler.

2.2.3.2.2. Bilişsel davranışçı yaklaşım

Sosyal faktörler bilişsel süreçler sayesinde davranışa dönüşürler (Bennett, 2006). AN ve BN'nin mevcut problemlerinde birçok farklılık olmasına rağmen, Fairburn'un (1997) bilişsel modeli bu iki tür bozuklukta benzer bilişsel çarpıtmalar olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar beden şekli ve kilo ile ilgili birtakım çarpıtılmış inançlar ve tutumlardır.

Toplumun ince ve çekici görünmeye verdiği önem, kişinin ince olmaya ve kilo vermeye öncelik vermesinde, şişmanlamaktan ve kilo almaktan kaçınmasında etkili olabilmektedir. Bunun altında kişinin kendilik değerini düşük kilolu ve ince olmayı başarmasına bağlı olarak belirlemesi düşüncesi yatar. Şema yerleştiğinde ise bireyin yaşadığı olayları algılama ve yorumlama şekli bu şema çerçevesinde çarpıtılır. Kişi, diğer bireyleri kişisel özelliklerine göre değil de onların kendisinden daha ince veya şişman olmasına göre değerlendirir (Bennett, 2006).

Yukarıda bahsedilen şemaya sahip birey hayatındaki tüm etkinlikleri kilo kontrolü açısından değerlendirir. Kişinin kilosunda olan herhangi bir dalgalanma düşünce ve duygular üzerinde derin bir etkiye sahip olur (Bennett, 2006). Bazı insanlar için kilo kontrolü ile ilgili konulara öncelik verilmesi; oldukça düşük benlik saygısını, kilo ile ilgili olan kültürel mesajlara karşı olan hassasiyeti (Stein ve Corte, 2003) ve hayatları üzerindeki kontrol kazanma isteğini göstermektedir. Ek olarak anoreksik

davranıştan kaynaklanan depresyon düşük benlik saygısını yoğunlaştırabilir ve kendilik değerini sürdürmenin bir yolu olarak kilo kontrolüne bağlılığı artırabilir (Bennett, 2006).

Kilo veya dış görünüş ile ilgili olarak yapılan kritik yorumlar bireyin kilo verme isteğini tetikleyebilmektedir. Bilişsel süreçlerle birlikte, beslenme hakkında yapılan değişiklikler birçok pekiştireç ile sürdürülebilir. Kilo vermekle ilgili alınan övgüler olumlu pekiştireç olabilir. Düşük benlik saygısı olan kişiler için kilo vermek hayatlarında başarı ve kontrol sağlamanın bir parçası haline gelebilir. Ayrıca, anoreksik davranışın sürdürülmesinde olumsuz pekiştireçler de etkili olabilir. AN'si olan kişiler kilo almayla ilgili büyük korku yaşarlar. Bu korkudan kaçınmak için yediklerini kısıtlanırlar. Böylece rahatlamış hissederler (Bennett, 2006).

2.2.3.3. Sosyokültürel faktörler

Sosyokültürel faktörler beden imajının bozulmasına ve yeme bozukluğunun oluşumuna katkıda bulunması açısından dikkat çekmektedir. Özellikle medya bozulan beden imajında önemli rol oynamaktadır (Heinberg, 1996). Medya kadının zayıf erkeğin güçlü olmasının onları daha çekici kıldığına dair bir algı oluşturmakta ve bu algı da yeme bozukluklarına giden süreci başlatabilmektedir (Ertaş, 2006).

Anne Becker ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışma medyanın zayıf olma yönünde yarattığı baskıyı gösteren klasik bir çalışmadır. Araştırma Fiji'de yürütülmüştür. Araştırmaya başlandığı 1990 yıllarında Fiji kültürüne göre şişman olmak güçlü, çalışabilir, kibar ve cömert olmayı temsil ederken; zayıf olmak hasta ve yetersiz olmayı yansıtır olarak düşünülüyordu. Kültürel açıdan, şişman olmak zayıf olmaya tercih edilmekteydi. Ancak Fiji'ye televizyon geldikten sonra bu düşünceyle ilgili değişimler olmaya başlamıştır. Popüler televizyon programlarını izlemeye başlayan Fijililer kilolarıyla ilgili endişelerini dile getirmiş ve bedenlerinden hoşlanmadıklarını belirtmişlerdir. İlk zamanlar Fijili kadınlar diyet yapmaya başlamıştır. Araştırma kapsamındaki kadınlar, bedenleriyle ilgili memnuniyetsizliklerinin ve kilo verme isteklerinin televizyonda gördükleri oyuncuları taklit etme isteğinden kaynaklandığını söylemişlerdir. Bu çalışma kapsamında yeme bozukluklarından ziyade yeme tutumları

ile ilgili bilgi toplanmış olup sonuçlar, zayıf olma ile ilgili günümüz Batı değerlerinin yabancı kültürel çevreleri nasıl etkilediğini göstermektedir.

Medya dışında akranların zayıf olma yönünde oluşturduğu sosyokültürel baskının da yeme bozukluklarının gelişimine zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. Levine ve arkadaşları (1994) 10-14 yaş aralığındaki kızlarla yaptıkları çalışmanın sonucunda zayıf olmanın önemli olduğu, diyet yaparak veya farklı yöntemler kullanarak istenilen inceliğe ulaşılabileceğinin ise akranlardan öğrenildiğini belirtmişlerdir.

2.2.3.4. Ailenin Etkisi

Ailede yaşanan deneyimler çocuğun düşünce tarzının ve davranış örüntüsünün şekillenmesinde etkili olmaktadır (Parsons ve Bales, 1955). Bu yüzden aile ilişkilerinin kişinin sergilediği yeme tutumu üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Waller ve ark., 1990).

AN'si olan hastaların üçte birinden fazlası ailelerinin hastalıklarının gelişmesinde etkili bir faktör olduğunu bildirmişlerdir (Tozzi ve ark., 2003). Başka bir çalışmada AN'si olan hastaların ailelerini sağlıklı gruba göre daha katı, daha az birbirine bağlı ve daha zayıf iletişime sahip olarak algıladıkları belirtilmiştir (Vidovic ve ark., 2005).

BN'si olan kadınların genel psikiyatrik kontrol grubundan ve sağlıklı kontrol grubundan aile beklentilerinin yüksek olması, aile üyelerinin diyet yapması, aile üyelerinin yeme, kilo, beden şekli hakkında yaptıkları eleştirisel yorumların derecesi açısından farklılaştığı ortaya koyulmuştur (Fairburn ve ark., 1997). Diğer bir çalışmada ise aile baskısından dolayı diyet başlama oranının % 55 olduğu bulunmuştur (Maner ve Aydın, 2007).

Yeme bozuklukları olan kişilerin aile üyelerinin çoğunda iyi bir fiziksel görünüme sahip olma, diyet yapma ve zayıf olma isteklerinin olduğu gösterilmiştir (Garner ve Garfinkel, 1997).

2.2.3.5. Bireysel Risk Faktörleri

Zayıf olmanın övüldüğü bir toplumda yaşayan herkeste yeme bozukluğu gelişmemektedir. Bu durumda kişinin bu bozuklukları geliştirmesine yatkın olmasını sağlayabilecek kişilik özellikleri gibi psikolojik faktörler de düşünülmelidir (Butcher ve ark., 2013).

Araştırmalar mükemmeliyetçilik ve yeme bozuklukları arasında ilişki olduğunu göstermektedir. AN'si olan 322 kadın herhangi bir yeme bozukluğu olmayan sağlıklı gruba göre mükemmeliyetçilik ölçeğinden daha yüksek puan almıştır (Halmi ve ark., 2000).

Zayıf olmayı içselleştirme ve beden memnuniyetsizliğinin, diyet yapan ve negatif duygulanımı olan kişilerde yeme bozuklukları geliştirme açısından risk faktörü olarak görülebileceği gibi (Stice, 2002) yeme bozukluğuna giden sürecin başlangıç noktası da olabileceği düşünülmektedir (Stice, 2001). Ayrıca 496 ergen kızla 8 yıl boyunca yürütülen ileriye dönük bir çalışma, negatif beden imajının yeme bozukluklarını yordadığını ortaya koymuştur (Stice ve ark., 2011).

Negatif duygu durumu bir diğer risk faktörüdür. Ergenlerle yapılan bir çalışmada üzüntülü, mutlu, öfkeli veya stresli olma gibi psikolojik durumların kişilerin yeme davranışları ve tutumları üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Özgen ve ark., 2012). Ayrıca kadın olmak, diyet yapmak ve çocuklukta yaşanan cinsel istismar (Jacobi ve ark., 2004) yeme bozukluklarının gelişimi ile alakalı diğer bireysel risk faktörleri arasında sayılmaktadır.

2.3. Stres

2.3.1. Stres kavramı

Stres, Latince "estrica" ve eski Fransızca "estrece" kelimelerinden türetilmiş olup baskı ve zorlanma anlamlarına gelmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1987, akt. Koçhan, 2019).

Son yıllarda davranış ve sağlık bilimlerinde artan bir popülerliğe sahip olan *stres* kavramı, ilk kez mühendisler tarafından kullanılmıştır. Fizik biliminden davranış

bilimine geçişi ile birlikte stres kavramının kullanımı değişmiştir. İlk kez endokrinolog Hans Selye (1956,1976) stres kelimesini değişen evre koşullarına uyum sağlama ve baş edebilme mücadelesinde canlı organizmalar tarafından deneyimlenen zorlukları ve zorlanmaları (strain) tanımlamak için kullanılmıştır.

Stres, Ruh Bilimleri Sözlük' nde "bir organizmanın üstesinden gelmesi gereken koşullar karşısında verdiği tepki durumu" olarak tanımlanmaktadır (Erkuş, 1994). Cüceloğlu (1996) ise stresi "bireyin fiziksel ve sosyal çevreden gelen uyumsuzluk koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı çaba" olarak ifade etmektedir.

2.3.2. Stresi açıklayan yaklaşımlar

Selye (1936) genel adaptasyon sendromu (GAS) modelinde strese uzun süre ya da tekrar tekrar maruz kalmaya karşı verilen biyolojik tepkileri tanımlamaktadır. Modelde  evreden bahsedilir. Bunlar sırasıyla alarm, direnç ve tükenme evreleridir.

Alarm evresinde strese bağlı olarak organizmanın otonom sinir sistemi aktive olur (Selye, 1950). Bu evre Cannon'un (1932) "savaş ya da kaç" tepkisine benzemektedir. Direnç evresinde ise organizma stresöre uyum sağlamaya çalışır. Stres devam eder ve organizma strese uygun bir şekilde cevap veremezse tükenme evresi başlar. Bu durum geri dönüşümü bulunmayan bedensel rahatsızlıklarla ve uyarılma devam ettiği takdirde ölümle sonuçlanabilir (Selye, 1950).

Selye'nin fizyolojik tepkileri temel olarak oluşturduğu stres kavramının tersine, insanın deneyimlediği stresin neredeyse her zaman bilişsel aracılığın (cognitive mediation) sonucu olduğu öne sürülmektedir (Janis, 1958; Lazarus, 1966; Lazarus, 1974). Diğer yandan, Selye modelinde stres ve stresin getirdiği sonuç arasındaki ilişkide başa çıkma mekanizmaları önemli bir aracı değişken olarak düşünülmemiştir.

Lazarus ve Folkman (1984; s. 19) psikolojik stresi "birey ile birey tarafından kaynaklarını tüketecek ya da açacak ve iyi oluş halini tehlikeye sokacak şekilde değerlendirilen vresi arasındaki özel bir ilişki" olarak ele almaktadır (akt. Yerlikaya, 2009). Bu tanım kişi ve evre etkileşiminde iki temel aracı sürece işaret etmektedir: bilişsel değerlendirme (cognitive appraisal) ve başa çıkma (coping).

Lazarus'un (1966) stres teorisinde birincil ve ikincil olmak üzere iki temel tür değerlendirme vardır. Birincil değerlendirme bir olayın kişinin iyi olma durumunu nasıl etkilediğini anlamayı sağlarken, ikincil değerlendirme olayla baş etme kaynaklarını değerlendirmeyi içerir. Diğer bir deyişle bir durumun stres verici olması, durumun kendisinden daha çok kişinin bu durum ile ilgili bilişsel değerlendirmeleri ve nasıl hissettiği ile ilgilidir (Folkman ve Lazarus, 1985). Ayrıca, başa çıkmanın bilişsel değerlendirme ile yakından ilgili bir kavram olması da birey-çevre etkileşimi sonucu oluşan stres tepkisinde belirleyici olduğunu düşündürmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

2.3.3. Stres ve Yeme Bozukluğu

Stresin yeme bozuklukları geliştirmede önemli bir faktör olduğu düşüncesi giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalar yeme bozuklukları olan kişilerin hastalığın başlangıcında yüksek stres düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (Troop ve Treasure, 1997; Welch ve ark., 1997).

Stresin yeme alışkanlıklarını değiştirebileceği inancı yaygındır (Wardle ve Gibson, 2002). Kişi akut strese maruz kaldığında anlık fizyolojik tepki olarak iştahı baskılanır (Charmandari ve ark., 2005). Diğer yandan kronik psikolojik strese maruz kalındığında iştahta herhangi bir baskılanma olmayıp, çoğu kişinin enerji yoğun yiyeceklere yönelip bunları tükettiği görülmüştür (Oliver ve ark., 2000; Schiffman ve ark., 2000). Ayrıca, akut ve kronik strese verilen tepkiler yemek yeme gibi (Wardle ve Gibson, 2002) birtakım modifiye edilmiş davranışları da içerir.

Strese tepki olarak yemenin hem artan hem azalan yönde değişebileceği ileri sürülmüştür (Greeno ve Wing, 1994). Bu durumun stresörün şiddeti ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Popper ve arkadaşları (1989) askerlerin savaş sırasındaki gıda alımını geriye dönük inceleyen bir anket ile yüksek stresli bir durumun yeme davranışı üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, savaşın ilk günü askerlerin % 68'inin olağandan daha az yemek yediklerini rapor etmişlerdir. 225 lise öğrencisinde yürütülen bir başka çalışmada, majör stres verici olayın (örn: sınav) yiyecek tüketimine etkisi incelenmiş, katılımcıların toplam enerji alımının sınav gününde sınav olmayan güne göre anlamlı düzeyde fazla olduğu vurgulanmıştır (Michaud ve ark., 1990).

2.4. Stresle Başa Çıkma

Başta çıkma "kişinin, kaynaklarını tükettiğini ya da aştığını düşündüğü belirli iç ya da dış taleplerin üstesinden gelebilmek için sergilediği, sürekli olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalar" olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984; akt. Yerlikaya, 2009). Başta çıkma yolları tipik olarak ikiye ayrılır: problem odaklı başta çıkma ve duygu odaklı başta çıkma. Problem odaklı başta çıkma olumsuz duyguların ya da stresin arkasındaki kişi-çevre ilişkisini değiştirmeye yönelik çabaları içerir. Duygu odaklı başta çıkma ise stresin neden olduğu olumsuz duygu durumunu azaltmayı içerir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Problem odaklı başta çıkma tarzları stresli bir durumu iyileştirmek için problem hakkında bir şeyler yapmayı kapsar. Kişi, strese sebep olan durumu analiz ettikten sonra bu durumu değiştirmek için çaba sarf eder. Bu süreçte, birey durumla ilgili kendisi plan yapıp uygulayabilir ya da sosyal çevresinin bilgisine başvurabilir (Topal, 2011).

Duygu odaklı başta çıkma tarzları ise olumsuz duyguları düzenlemeyi içerir (örn: olumsuz stres duygularını görmezden gelmek veya unutmaya çabalamak). Kişiler genellikle strese sebep olan duruma karşı bilişsel olarak onunla meşgul olmama, sosyal destek arayışı içinde olma, kaçma ve kaçınma gibi davranışlar sergilemektedir (Türküm, 1999).

Görüldüğü üzere problem odaklı başta çıkma problemin kaynağındaki durumu değiştirmeye odaklanan aktif bir strateji iken duygu odaklı başta çıkma duyguların düzenlenmesine dayalı pasif bir stratejidir (Folkman ve ark., 1986). Problem odaklı başta çıkma uzun vadede daha uyuma yönelik olarak görülmektedir (Vollrath ve Angst, 1993).

2.4.1. Stresle Başta Çıkma ve Yeme Bozukluğu

Stres birçok hastalığın etiyolojisinde rol oynayan önemli bir etken olarak görülmektedir. Strese karşı geliştirilen başta çıkma yollarının stres sürecinin önemli bir parçası olması (Lazarus ve Folkman, 1984) başta çıkma yolları ile patoloji ilişkisinin anlaşılmasını önemli kılmaktadır (Troop, 1998).

Başa çıkma ve yeme bozukluğu ilişkisini inceleyen az sayıda araştırma bulunmaktadır. Ball ve Lee (2000) psikolojik stres ve yetersiz başa çıkma becerilerinin yeme bozukluklarının oluşumuna zemin hazırladığını ileri sürmektedir. Birçok araştırmacı yeme bozukluğu belirtileri ve uyuma yönelik olmayan başa çıkma yolları arasında ilişki olduğunu söylemektedir (Koff ve Sangani, 1997; Paxton ve Diggins, 1997). Yapılan çalışmalar yeme psikopatolojisinin artan uyuma yönelik olmayan başa çıkma ve azalan uyuma yönelik başa çıkma ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (Mayhew ve Edelman, 1989; Shatford ve Evans, 1986; Troop ve ark., 1994). Yeme tutumlarını belirlemede stres ve başa çıkmanın interaktif rolünü araştıran çalışmalar ise oldukça azdır.

Yeme bozukluğu olan kişilerin sosyal içe çekilme eğilimlerinin olduğu (Koff ve Sangani, 1997) ve aktif başa çıkma yollarından olan sosyal destek aramayı daha az kullandıkları ortaya koyulmuştur (Ball ve Lee, 2000). Ayrıca, klinik anlamda yeme bozukluğu olan kişilerin olmayanlara göre kaçınma odaklı başa çıkma yoluna daha çok başvurdukları da bulunmuştur (Soukup ve ark., 1990).

2.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Anormal yeme tutumu yeme patolojilerinin gelişiminde kuvvetli ve güvenilir bir yordayıcı olarak görülmektedir (Wood ve ark., 1994). Bu yüzden, anormal yeme tutumlarının gelişiminde rol oynayabilecek faktörlerin anlaşılması önemlidir.

Araştırmalar stresli hayat olaylarının yeme bozukluklarının gelişiminde öncül olabileceğini ortaya koymuştur (Schmidt ve ark., 1991). Aynı stresli yaşam olaylarına maruz kalan herkeste yeme patolojisinin gelişmemesi, yeme bozukluklarının gelişimi ve stres arasında diğer değişkenlerin aracı rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Başa çıkma, stres ve psikiyatrik rahatsızlıkların gelişimi arasında aracı role sahip değişkenlerden biridir. Yeme patolojisi ve stresle başa çıkmanın aracı rolü ile ilgili ise az sayıda çalışma mevcuttur (Schmidt ve ark., 1993).

Literatürde yeme bozuklukları ile ilgili birçok araştırma olmasına rağmen, yeme tutumlarının algılanan stres düzeyi ve başa çıkma stratejileri ile ilişkisini inceleyen çalışmalar az sayıdadır (Fryer ve ark., 1997). Shaikh ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin algıladıkları stresin oldukça yüksek olduğunu ve

bu durumun onların akademik performanslarını ve sağlıklarını etkilediğini ortaya koymuştur. Ayrıca, araştırmalar klinik öncesi dönemden klinik döneme geçişin öğrenciler için stres yaratan kritik bir dönem olduğunu göstermektedir (Helmerts ve ark., 1997). Öğrencilerin sağlıklarını korumaları hem kendileri hem de gelecekte mesleklerini daha iyi icra edebilmeleri açısından önemlidir. Bu bağlamda bu çalışmada tıp öğrencilerinde yeme tutumu, algılanan stres ve başa çıkma değişkenleri birlikte ele alınmaktadır.

Bu araştırmanın amacı tıp fakóltesi öğrencilerinde yeme tutumları, algılanan stres düzeyinin yeme tutumları ile ilişkisi, stresle başa çıkma yollarının yeme tutumlarıyla ilişkisi ile algılanan stres ve yeme tutumu arasındaki ilişkide stresle başa çıkmanın aracı rolünü incelemektir. Bu genel amaç çevresinde, aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

- 1) Anormal yeme tutumu gösteren katılımcıların yaygınlığı daha önce yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermekte midir?
- 2) Yeme tutumu normal ve anormal olan katılımcılar arasında cinsiyet, yaş, BKİ, dönemi, klinik öncesi (Dönem 2-3) veya klinik (Dönem 4-5) eğitim dönemi olmasına göre fark var mıdır?
- 3) Yeme tutumu normal ve anormal olan katılımcıların sigara kullanımı, alkol kullanımı, egzersiz yapması, abur cubur tüketimi, fast food tüketimi bakımından aralarında fark var mıdır?
- 4) Algılanan stres düzeyi normal ve anormal yeme tutumuna göre değişmekte midir?
- 5) Stresle başa çıkma stratejisi (kaçınma, problem odaklı başa çıkma, sosyal destek) normal ve anormal yeme tutumuna göre değişmekte midir?
- 6) Katılımcıların algılanan stres düzeyi ve yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?
- 7) Katılımcıların stresle başa çıkma stratejisi (kaçınma, problem odaklı başa çıkma, sosyal destek) ve yeme tutumu arasında ilişki var mıdır?

8) Katılımcıların algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma (kaçınma, problem odaklı, sosyal destek) arasında ilişki var mıdır?

9) Stresle başa çıkma stratejisi (kaçınma, problem odaklı, sosyal destek); algılanan stres ve yeme tutumu arasındaki ilişkide aracı role sahip midir?

10) Algılanan stres düzeyi dönemler arasında farklılaşmakta mıdır?

11) Algılanan stres düzeyi klinik öncesi (Dönem 2-3) veya klinik eğitim (Dönem 4-5) dönemleri arasında farklılaşmakta mıdır?

12) Stresle başa çıkma dönemler arasında farklılaşmakta mıdır?

13) Stresle başa çıkma yolu (kaçınma, problem odaklı başa çıkma, sosyal destek) klinik öncesi veya klinik eğitim dönemleri arasında farklılaşmakta mıdır?

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini 2018-2019 akademik yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dönem 2-3-4-5'te öğrenim görmekte olan 200 öğrenciden oluşturmuştur. Katılımcıların 110'unu (% 55) kadın, 90'ını (% 45) erkek öğrenciler oluşturmuştur. Katılımcıların yaş aralığı 18-27'dir. Sınıf düzeylerine göre ise katılımcıların 49'u (% 24.5) dönem iki, 44'ü (% 22) dönem üç, 56'sı (% 28) dönem dört ve 51'i (% 25.5) dönem beş öğrencisidir.

Araştırmaya alınma ölçütü herhangi bir psikiyatrik hastalığının bulunmamasıdır. Araştırma örneklemini oluşturulurken Dönem 1'ler aileden yeni ayrılma, üniversiteye uyum sağlamaya çalışma, Dönem 6'lar ise yılsonunda Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girecek olmaları sebeplerinden dolayı stresli olabilecekleri düşünülerek çalışma dışı bırakılmıştır. Ayrıca, yabancı uyruklu öğrenciler yeme tutumlarını etkileyebilecek muhtemel kültürel farklılıklar olabileceği kaygısıyla araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların demografik bilgilerini elde etmek amacıyla "Demografik Bilgi Formu", yeme tutumlarının belirlenebilmesi amacıyla "Yeme Tutum Testi", algıladıkları stresi değerlendirmek amacıyla "Algılanan Stres Ölçeği" ve stresli yaşam olaylarına karşı hangi başa çıkma yollarını kullandıklarını belirlemek için ise "Stresle Başa Çıkma Ölçeği" uygulanmıştır. Veri toplama araçları ile ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda aktarılmıştır.

3.2.1. Demografik Bilgi Formu (Bkz. Ek)

Demografik Bilgi Formu katılımcıların yaş, cinsiyet, Beden kitle indekslerinin (BKİ) hesaplanacağı boy ve kilo ölçümleri, hangi dönemde okudukları hakkında bilgi

edinebilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bunlara ek olarak, form katılımcıların fast food ve abur cubur yiyecekleri tüketip tüketmedikleri ve tüketiyorlarsa ne sıklıkla tükettikleri, sigara ve alkol kullanıp kullanmadıkları ve kullanıyorlarsa ne sıklıkla kullandıkları, egzersiz yapıp yapmadıkları ve yapıyorlarsa ne sıklıkla yaptıkları gibi sorular da içermektedir.

3.2.2. Yeme Tutum Testi (YTT)

Garner ve Garfinkel (1979) tarafından anoreksiya nervoza belirti ve bulgularının objektif olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen ölçek, aynı zamanda normal popülasyonda yeme tutum ve davranışının değerlendirilmesi amacıyla da kullanılmaktadır.

Yeme Tutum Testi 40 maddeden oluşan “daima, çok sık, sık sık, bazen, nadiren ve hiçbir zaman” şeklinde sıralanan 6 puanlı bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek puanı hesaplanırken 1., 18., 19., 23. ve 39. maddeler için bazen cevabı 1 puan, nadiren cevabı 2 puan, hiçbir zaman cevabı 3 puan ve diğer cevaplar 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin geriye kalan maddeleri için daima cevabı 3 puan, çok sık cevabı 2 puan, sık sık cevabı 1 puan ve diğer cevaplar 0 puan olarak hesaplanmaktadır. Her bir madde için verilen cevabın puanları toplanarak anormal yeme tutum ve davranışları için toplam puan elde edilmektedir. Olası puan aralığı 0-120 şeklinindedir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi patoloji düzeyinin artışına işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal formunda kesme noktası 30 puan olarak bildirilmiş olmasının yanı sıra Türk örneklemini için kesme noktası belirtilmemiştir.

Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmış ve faktör analizi sonucu şişmanlama kaygısı, diyet yapma, sosyal baskı ve zayıf olmaya aşırı önem verme olmak üzere dört faktör bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliliği .65 olarak hesaplanmıştır.

3.2.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Algılanan Stres Ölçeği Cohen ve arkadaşları (1983) tarafından kişilerin kendi yaşantılarını ne düzeyde stresli olarak değerlendirdiğini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 14 maddeden oluşan ve 0'dan (hiç) 4'e (çok sık) kadar

derecelendirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ayrıca, 4-5-6-7-9-10 ve 13. maddeler tersten puanlanmaktadır. Her bir madde için verilen cevabın puanları toplanarak kişinin algıladığı stres düzeyi bulunmakta ve yüksek puan algılanan stres düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. İç tutarlık Cronbach alfa katsayısı .84, iki gün ara ile gerçekleştirilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .85 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi Yerlikaya ve İnanç (2007) tarafından yapılmıştır. Daha sonra çevirinin eş değerliğini sağlamak amacıyla geri çevirisi yapılmış ve hazırlanan geri çeviri ölçeği geliştiren araştırmacı Dr. Cohen tarafından incelenmiştir. Dr. Cohen'den alınan geribildirimleri sonucunda son halini alan Türkçe form 246 üniversite öğrencisi üzerinde uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda iç tutarlık alfa katsayısı .84 olarak bildirilmiştir.

Yapılan çalışmada diğer çalışmalarda (Yerlikaya, 2009) olduğu gibi 14 maddelik formula benzer psikometrik değerlere sahip olan 10 maddelik kısa form kullanılmıştır. 10 maddelik bu formdaki maddeler 0'dan (hiç) 4'e kadar derecelendirilmektedir. 4-5-7-8 numaralı maddeler ise tersten puanlanmaktadır.

3.2.4. Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ)

Stresle Başa Çıkma Ölçeği Türküm (2002) tarafından Folkman ve Lazarus'un modellerini temel alarak kişinin stresli durumlar karşısında kullandıkları başa çıkma yollarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 23 maddeden oluşan 1'den (hiç uygun değil) 5'e (tamamen uygun) kadar derecelendirilen 5'li Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir.

Ölçeğin "Sosyal Destek (Sosyal Destek Arama) (madde numaraları: 4,10,13,17,18, 20, 23) , "Problem Odaklı Başa Çıkma (Soruna Yönelme)" (madde numaraları: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 16) ve "Kaçınma (Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma)" (madde numaraları: 1, 3, 11, 14, 15, 19, 21, 22) olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Sosyal destek alt ölçeğinin 10, 17 ve 20. maddeleri ise tersten puanlanmaktadır.

Ölçeğin bütününün olası puan aralığı 23-115'tir. Alt ölçekler için olası puan aralıkları sosyal destek alt ölçeği için 7-35 kaçınma ve problem odaklı başa çıkma alt

ölçeği için 8-40 şeklindedir. Ölçeğin bütününden ve alt ölçeklerden alınan puan yüksekliği, ilgili stresle başa çıkma yollarının kullanılma eğilimine işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları toplam varyansın % 41.7'sini açıklayan üç faktörün bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca, iç tutarlık katsayısı ölçek bütünü için .78 sosyal destek arama, soruna yönelme ve sorunla uğraşmaktan kaçınma alt ölçekler için sırasıyla .85, .80 ve .65 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, sosyal destek arama, soruna yönelme ve sorunla uğraşmaktan kaçınma alt ölçekleri için bulunan madde-toplam korelasyonlarının ortalaması .61, .48 ve .34'tür. On hafta ara ile test-tekrar test yöntemi korelasyon kat sayısı .85 olarak bulunmuştur.

3.3. Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlanmadan önce Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli onay alınmıştır. Ölçekler veri toplama işlemi için yardımcı olmayı kabul eden öğretim üyelerinden randevu alınarak, sınıf ortamında toplu şekilde araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmacı belirlenen ders saatlerinin içerisinde veya ders bitiminde gönüllü olan öğrencileri araştırma ile ilgili bilgilendirip bilgilerinin gizli tutulacağını ve uygulamaya katıldıkları için kendilerine fazladan kredi verilmeyeceğini belirtmiştir. Daha sonra her ölçeğin nasıl doldurulacağı ile ilgili talimatlar verilip uygulama yapılmıştır. Katılımcıların ölçekleri cevaplamaları yaklaşık 15 - 20 dakika sürmüştür.

3.4. Veri Analizi

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilk testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler medyan (minimum:maksimum) ve ortalama±standart sapma ya da ortalama±standart sapma (minimum:maksimum) değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler ise n (%) ile ifade edilmiştir. Normallik testi sonucuna göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda bağımsız çift örneklem t-testi ya da Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Grup sayısının ikiden fazla olması durumunda ANOVA testi ya da Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında alt grup analizlerini gerçekleştirmek için Dunn-Bonferroni yaklaşımı kullanılarak çoklu karşılaştırma prosedürleri uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Pearson ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare ya da Fisher-Freeman-

Halton testleri kullanılmıştır. Yeme Tutumu Ölçeği puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir ve Spearman korelasyon katsayısı (r_s) hesaplanmıştır. Stresle Başa Çıkma Ölçeği genel ve alt ölçek puanlarının etkisi kontrol altında tutularak yine Yeme Tutumu ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği puanı arasındaki ilişki kısmi korelasyon analizi ile incelenmiş ve kısmi korelasyon katsayısı (r) hesaplanmıştır. Yeme Tutumu, Algılanan Stres, Stresle Başa Çıkma ölçeğinin iç tutarlılığı Cronbach alfa (α) katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların YTT kesme puanına göre dağılımı

(n=200)	
Normal yeme tutumu gösterenler	183(%91.5)
Anormal yeme tutumu gösterenler	17(%8.5)
YTÖ toplam	15.42±8.79(3:47)

Verilerin(%) ve ortalama±standart sapma(minimum:maksimum)olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların YTT kesme puanına (kesme puanı=30) göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. YTT kesme puanı üzerinde olanların sıklığı % 8.5 olarak bulunmuştur.

Diğer yandan yöntemde de belirtildiği üzere çalışma klinik olmayan popülasyonda yürütülmüştür. Klinik olmayan popülasyonda yeme tutumu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarla (Aytin, 2014; Çakırlı-Alşan, 2005; Meyer ve Waller, 1999) benzer şekilde katılımcıları YTT kesme puanına göre anormal ve normal olarak iki gruba ayırmak yerine, YTT’den en yüksek puan alan ve üst % 25’te bulunan öğrencilerin anormal, YTT’den en düşük puan alan ve alt % 25’te bulunan öğrencilerin normal yeme tutumu gösterdikleri düşünülerek iki gruba ayrılmıştır. Bu şekilde oluşturulan anormal ve normal yeme tutumu gösteren grupların dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların normal ve anormal yeme tutumu göstermesine göre YTT puanlarıyla ilgili dağılımlar

(n=100)	
Normal yeme tutumu gösterenler	50(%50)
Anormal yeme tutumu gösterenler	50(%50)
YTÖ toplam	17.59±11.81(3:47)

Verilerin(%) ve ortalama±standart sapma(minimum:maksimum) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 3. Yeme tutumu grupları arasında cinsiyet, yaş, BKİ bakımından yapılan karşılaştırmalar

	Normal YT (n=50)	Anormal YT (n=50)	p-değeri
Cinsiyet			
Kadın	27(%54.0)	36(%72.0)	0.062 ^a
Erkek	23(%46.0)	14(%28.0)	
Yaş	22(19:27) 21.34±1.85	21(19:24) 21.20±1.56	0.950 ^b
BKİ	21.80(17:30) 22.35±3.20	21.90(16:32) 22.45±3.49	0.877 ^b

Veriler n(%), medyan(minimum:maksimum) ve ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.
^a: Ki-Kare Testi, ^b: Mann-Whitney U testi

Tablo 3'te yeme tutumu grupları arasında demografik verilere göre yapılan karşılaştırmalar verilmiştir.

Yeme tutumu grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda cinsiyet dağılımına göre fark bulunmamaktadır (p=0.062).

Yeme tutumu grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda yaşa göre fark bulunmamaktadır (p=0.950).

Yeme tutumu grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda BKİ düzeyine göre fark bulunmamaktadır (p=0.877).

Tablo 4. Yeme tutumu grupları arasında döneme göre yapılan karşılaştırmalar

	Normal YT (n=50)	Anormal YT (n=50)	p-değeri
Dönem Türü			
Dönem 2	13(%26.0)	14(%28.0)	0.782 ^a
Dönem 3	9(%18.0)	12(%24.0)	
Dönem 4	15(%30.0)	11(%22.0)	
Dönem 5	13(%26.0)	13(%26.0)	
Klinik			
Öncesi	22(%44.0)	26(%52.0)	0.423 ^a
Sonrası	28(%56.0)	24(%48.0)	

Veriler n(%) olarak verilmiştir.

^a: Ki-Kare Testi

Tablo 4'te yeme tutumu gruplarının bulunulan dönemlere göre karşılaştırması verilmiştir.

Yeme tutumu grupları arasında katılımcıların devam ettiği döneme göre fark bulunmamaktadır (p=0.782).

Klinik öncesi ve klinik eğitime devam eden katılımcılar arasında yeme tutumu davranışı farklılık göstermemektedir ($p=0.423$).

Tablo 5. Yeme tutumu grupları arasında çeşitli değişkenler bakımından yapılan karşılaştırmalar

	Normal YT (n=50)	Anormal YT (n=50)	p-değeri
Sigara Kullanımı			
Hiç	46(%92.0)	46(%92.0)	
Haftada 1 paket	2(%4.0)	3(%6.0)	1.00 ^c
Günde 1 paket	2(%4.0)	1(%2.0)	
Alkol Kullanımı			
Hiç	45(%90.0)	38(%76.0)	
Ayda 1-2 kez	4(%8.0)	11(%22.0)	0.071 ^c
Haftada 1-2 kez	1(%2.0)	0	
Neredeyse her gün	0	1(%2.0)	
Egzersiz Alışkanlığı			
Hiç	19(%38.0)	14(%28.0)	
Ayda 3-4 kez	25(%50.0)	26(%52.0)	0.411 ^a
Haftada 3 kez	6(%12.0)	10(%20.0)	
Abur Cubur Tüketimi			
Hiç	3(%6.0)	6(%12.0)	
Ayda 1-2 kez	12(%24.0)	12(%24.0)	0.712 ^c
Haftada 1-2 kez	23(%46.0)	19(%38.0)	
Neredeyse her gün	12(%24.0)	13(%26.0)	
Fast Food Tüketimi			
Hiç	7(%14.0)	8(%16.0)	
Ayda 1-2 kez	26(%52.0)	25(%50.0)	1.00 ^c
Haftada 1-2 kez	15(%30.0)	16(%32.0)	
Neredeyse her gün	2(%4.0)	1(%2.0)	

Veriler n(%) olarak verilmiştir.

^a: Ki-Kare Testi, ^c: Fisher-Freeman Halton Testi

Tablo 5'te yeme tutumu gruplarının çeşitli değişkenler açısından karşılaştırması yer almaktadır.

Yeme tutumu grupları arasında sigara kullanımına göre fark bulunmamaktadır ($p=1.00$).

Yeme tutumu grupları arasında alkol kullanımına göre fark bulunmamaktadır ($p=0.071$).

Yeme tutumu grupları arasında egzersiz alışkanlığına göre fark bulunmamaktadır ($p=0.411$).

Yeme tutumu grupları arasında abur cubur tüketimine göre fark bulunmamaktadır ($p=0.712$).

Yeme tutumu grupları arasında fast food tüketimine göre fark bulunmamaktadır (p=1.00).

Tablo 6. Yeme tutumu grupları arasında SBÇÖ genel ve alt ölçeklerinin puanları bakımından yapılan karşılaştırmalar

	Normal YT (n=50)	Anormal YT (n=50)	p-değeri
Kaçınma	26.50(17:36) 26.48±4.55	27(15:36) 27.32±5.35	0.279 ^b
Problem Odaklı	30(13:37) 28.38±5.50	31(12:40) 29.54±5.95	0.155 ^b
Sosyal Ölçek	22.60±4.64 (10:33)	25.26±6.14 (7:35)	0.016^e
SBÇÖ Genel	78(47:100) 77.46±11.21	84(52:103) 82.12±11.92	0.026^b

Veriler medyan (minimum:maksimum) ve ortalama ± standart sapma ile ortalama ± standart sapma (minimum:maksimum) olarak verilmiştir.

^b: Mann-Whitney U testi, ^e:Bağımsız çift örneklem t-testi

Tablo 6'da yeme tutumu grupları arasında SBÇÖ genel ve alt ölçeklerinin puanlarının karşılaştırması verilmiştir.

Yeme tutumu grupları arasında kaçınma puanlarına göre fark bulunmamaktadır (p=0.279).

Problem odaklı alt ölçek puanına göre yeme tutumu grupları arasında fark bulunmamaktadır (p=0.155).

Sosyal destek alt ölçek puanına göre yeme tutumu grupları arasında fark bulunmaktadır. Anormal yeme grubunda ortalama sosyal destek ölçek puanı daha yüksektir (p=0.016).

SBÇÖ genel ölçek puanına göre yeme tutumu grupları arasında fark bulunmaktadır. Anormal yeme grubunda medyan SBÇÖ genel ölçek puanı daha yüksektir (p=0.026).

Tablo 7. Yeme tutumu grupları arasında algılanan stres puanları bakımından yapılan karşılaştırmalar

	Normal YT (n=50)	Anormal YT (n=50)	p-değeri
ASÖ	20.86±5.42(6:34)	22.14±6.74(5:36)	0.298 ^e

Veriler ortalama ± standart sapma(minimum:maksimum) olarak verilmiştir.

^e:Bağımsız çift örneklem t-testi

Tablo 7'ye göre yeme tutumu grupları arasında algılanan stres ölçeği puanlarına göre anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0.298$).

Tablo 8. YTÖ puanları ile ASÖ ve SBÇÖ puanları arasındaki ilişki

	YTÖ	
	r_s	p
ASÖ (Algılanan Stres)	0.10	0.303
Kaçınma	0.19	0.058
Problem Odaklı	0.17	0.100
Sosyal Destek	0.17	0.085
SBÇÖ Toplam	0.21	0.035

r_s : Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 8'de YTÖ puanları ile ASÖ ve SBÇÖ puanları arasındaki ilişki verilmiştir.

SBÇÖ toplam puanı ile YTÖ puanı arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.035$). Buna göre SBÇÖ puanlarındaki artış YTÖ puanlarında artışa ya da SBÇÖ puanlarındaki azalma aynı şekilde YTÖ puanlarında azalmaya neden olmaktadır.

ASÖ ile YTÖ puanları arasında ilişki bulunmamaktadır. Bu duruma SBÇÖ puanlarının etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. SBÇÖ ve alt ölçeklerinin puanlarının etkileri arındırıldığında yine ASÖ ve YTÖ puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($r: 0.17; p= 0.095$).

Tablo 9. ASÖ Toplam puanları ile SBÇÖ puanları arasındaki ilişki

	ASÖ Toplam	
	r_s	p
Kaçınma	-0.06	0.554
Problem Odaklı	-0.254	0.011
Sosyal Destek	-0.152	0.130
SBÇÖ Toplam	-0.207	0.038

r_s : Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 9'da ASÖ toplam puanı ile SBÇÖ puanları arasındaki ilişkilere bakılan analiz sonuçları verilmiştir.

Problem odaklı başa çıkma alt ölçek puanı ile ASÖ puanı arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.011$). İlgili analize göre ASÖ puanındaki artış problem odaklı başa çıkma alt ölçek puanında azalmaya neden olmaktadır.

SBCÖ toplam puanları ile ASÖ puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.038$). Buna göre ASÖ puanındaki artış SBCÖ puanında azalmaya neden olmaktadır.

Tablo 10. Algılanan stresin dönemler arasında ve klinik grupları arasında karşılaştırılması

ASÖ Toplam	
Dönem Türü	
Dönem2(n=27)	21.44±4.71(11:30)
Dönem3(n=21)	22.29±5.97 (10:32)
Dönem4(n=26)	22.81±6.27 (11:36)
Dönem 5(n=26)	19.62±7.18 (5:34)
p-değeri	0.264 ^f
Klinik	
Öncesi (n=48)	21.81±5.25 (10:32)
Sonrası (n=52)	21.21±6.86 (5:36)
p-değeri	0.626 ^e

Veriler ortalama ± standart sapma(minimum:maksimum) olarak verilmiştir.

^e :Bağımsız çift örneklem t- testi, ^f: ANOVA testi

Tablo 10’da algılanan stresin dönemlere göre karşılaştırılması sonuçları yer almaktadır. ASÖ puanına göre dönemler arasında fark bulunmamaktadır ($p=0.264$) Klinik öncesi ve klinik sonrası seviyesinde olan katılımcılar arasında ASÖ puanına göre fark bulunmamaktadır ($p=0.626$).

Tablo 11. SBCÖ Toplam puanı ile alt ölçeklerinin dönemler ve klinik öncesi & sonrası eğitim durumuna göre karşılaştırılması

	Kaçınma	Problem Odaklı	Sosyal Destek	SBCÖ Toplam
Dönem Türü				
Dönem 2(n=27)	30(15:36) 29.19±4.81	32(16:37) 29.89±5.44	22(7:30) 22.19±5.90	84(59:98) 81.26±12.64
Dönem 3(n=21)	29(17:36) 27.71±4.94	31(17:37) 29.71±4.99	26(18:35) 25.76±4.74	84(52:103) 83.19±11.59
Dönem 4(n=26)	25(20:34) 26.27±4.15	29(18:38) 28.50±4.69	24(12:34) 24.27±5.59	79.50(61:99) 79.04±9.81
Dönem 5(n=26)	25(17:33) 24.50±4.88	30.50(12:40) 27.85±7.37	24(10:34) 23.92±5.61	78(47:99) 76.27±12.29
p-değeri	0.003^b	0.436 ^b	0.300 ^b	0.121 ^b
Klinik				
Öncesi (n=48)	29(15:36) 28.54±4.87	31(16:37) 29.81±5.20	23.75±5.66 (7:35)	84(52:103) 82.10±12.10
Sonrası (n=52)	25(17:34) 25.38±4.57	29.50(12:40) 28.17±6.13	24.10±5.55 (10:34)	78(47:99) 77.65±11.10
p-değeri	0.001^b	0.114 ^b	0.758 ^e	0.027^b

Veriler medyan(minimum:maksimum) ve ortalama ± standart sapma ile ortalama ± standart sapma (minimum:maksimum) olarak verilmiştir.

^b: Mann-Whitney U testi, ^e :Bağımsız çift örneklem t-testi, ^b: Kruskal Wallis Testi

Tablo 11’de SBÇÖ’nün toplam ve alt ölçekleri puanları dönemlere göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Dönemler arasında kaçınma puanlarına göre fark bulunmaktadır ($p=0.003$). Alt grup analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre Dönem 2 grubunda medyan kaçınma puanları Dönem 5’e göre daha yüksektir ($p=0.003$). Dönemler arasında yapılan diğer karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Klinik grupları arasında kaçınma puanlarına göre fark bulunmaktadır. Klinik öncesi grubunda medyan kaçınma puanı klinik sonrası grubuna göre daha yüksektir ($p=0.001$).

Klinik grupları arasında SBÇÖ toplam puanlarına göre fark bulunmaktadır. Klinik öncesi grubunda medyan SBÇÖ toplam puanı klinik sonrası grubuna göre daha yüksektir ($p=0.027$).

Klinik grupları arasında problem odaklı alt ölçek puanına göre fark bulunmamıştır ($p=0.114$).

Klinik grupları arasında sosyal ölçek puanına göre fark bulunmamıştır ($p=0.758$).

Tablo 12. Yeme Tutumu, Algılanan Stres, Stresle Başa Çıkma ve Alt Ölçekleri için Güvenirlik Katsayıları

	Cronbach α
YTÖ	0.825
ASÖ	0.866
SBÇÖ	0.826
Kaçınma	0.629
Problem Odaklı	0.836
Sosyal Destek	0.825

Tablo 12’de Yeme Tutumu, Algılanan Stres, Stresle Başa Çıkma ve Alt Ölçekleri için güvenilirlik katsayıları verilmiştir. Yeme Tutumu Ölçeği için güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.825$ olarak, Algılanan Stres Ölçeği için güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.866$ olarak bulunmuştur. Stresle Başa Çıkma Ölçeği ve alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları;

kaçınma için $\alpha=0.629$, problem odaklı için $\alpha=0.836$, sosyal odaklı için $\alpha=0.825$ ve geneli için $\alpha=0.826$ olarak bulunmuştur.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmanın amacı tıp fakültesi öğrencilerinin yeme tutumları, algıladıkları stresin yeme tutumları ile ilişkisi, stresle başa çıkma yollarının yeme tutumları ile ilişkisi, algılanan stres ve yeme tutumu arasındaki ilişkide stresle başa çıkmanın aracı rolünü araştırmaktır. Bu bölümde bu amaç doğrultusunda yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılmakta ve bu kapsamda önerilerde bulunmaktadır.

Yapılan çalışmada katılımcılar YTT'nin orijinal formunda belirlenen kesme puanına (kesme puan=30) göre anormal ve normal yeme tutumu gösteren gruplar olarak ikiye ayrıldığında 200 öğrenciden 17'sinin (% 8.5) yeme tutum puanının 30 puan ve üzerinde olduğu görülmektedir. Bu bulgu Altuğ ve arkadaşlarının (2000) 256 kadın üniversite öğrencisi ile yürüttüğü çalışmada YTT puanı 30 puan ve üzeri olanların oranını % 7.9 olarak saptadığı ve yurtdışında 538 tıp fakültesi öğrencisiyle yapılan bir çalışmada elde edilen öğrencilerin % 8.9' unun bozulmuş yeme tutumu gösterdiği yönündeki verilerle paraleldir (Kolarzyk ve Jaglarz, 2003).

Bulgular normal ve anormal yeme tutumu gösteren öğrencilerin demografik verilere göre farklılaşmadığını göstermiştir.

Yapılan çalışmada yeme gruplarının cinsiyet bakımından farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu bulgu, Khalid ve ark.'nın (2017) kadınlar ve erkekler arasında yeme tutum bozukluklarının dağılımı açısından farklılık olmadığını ortaya koyduğu çalışma ile uyumlu görülmektedir. Benzer şekilde Aytin (2014) ergenlerle yaptığı çalışmada anormal yeme tutumu gösteren grupla normal yeme tutumu gösteren grubun cinsiyet açısından farklılaşmadığını vurgulamıştır. Diğer yandan, kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre yeme bozukluğu geliştirme riskinin daha fazla olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur (Memon ve ark., 2012). Yeme bozukluklarının erkekler arasında artmakta olduğunu belirten çalışmalar (Taub ve Benson, 1992) ise mevcut çalışmanın bulgusu ile örtüşmektedir. Bu bulgular, sosyokültürel faktörlerin etkisiyle

idealleştirilen beden imajlarının kadınların yanı sıra erkeklerin de yeme tutumlarını etkilediğini gösteriyor olabilir. Çalışmanın sonucunda cinsiyetler arasında fark çıkmaması bu durumu destekler niteliktedir.

Bulgular, yeme gruplarının BKİ'ye göre farklılaşmadığını göstermiştir. Bu bulgu ile paralel, BKİ ve yeme tutumu arasında ilişki bulunmayan çalışmalar mevcuttur (Özvurmaz ve ark., 2018). Ayrıca bu sonuç BKİ'nin erken yetişkinlik dönemindeki kadınlardan ziyade ergenlerin yeme bozukluğu geliştirme riski açısından önemli bir değişken olabileceği görüşü (Huon ve Lim, 2000) ile tutarlıdır. Ek olarak, semptomatik davranışın patolojinin doğrudan bir göstergesi olamayabileceği (Wilson ve Elredge, 1991), normal ve anormal yeme gruplarının BKİ açısından neden birbirlerinden farklılaşmadığını açıklayabilir. Bu bulgu, BKİ'nin kişinin normal veya anormal yeme tutumu gösterdiğini belirlemede bir ölçüt olamayabileceğini düşündürmüştür.

Bulgular yeme gruplarının yaş açısından farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Bu bulgu literatürde üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarla tutarlıdır. Özvurmaz ve arkadaşları (2018) 431 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada YTT puanı ve yaş arasında ilişki bulunmamıştır. Yaşları 18 ila 27 arasında değişen 272 üniversite öğrencisi ile yapılan bir başka çalışmada yine yeme tutumu ile yaş arasında ilişki saptanmamıştır (Ünalın ve ark., 2009). Ek olarak, bu sonuç anoreksiya nervozanın başlama sıklığının ergenlik öncesinde ya da orta ve üst yaşlarda arttığını söyleyen çalışma bulguları ile örtüşmektedir (Bulik, 2002). Bu durum bozulmuş yeme tutumunun erken yetişkinlik dönemindeki bireylerde yaş bakımından farklılaşmadığını gösteriyor olabilir.

Yeme grupları öğrenim görmekte oldukları döneme ve klinik öncesi veya sonrası dönemde olmaya göre farklılık göstermemiştir. Bu bulgu ile paralel olarak 270 hemşirelik bölümü öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrenim görülen sınıf ile yeme tutumu arasında ilişki bulunmamıştır (Usta ve ark., 2013). Diğer yandan, tıp fakültesinin ilk yıllarında bulunan kadın öğrenciler arasında yeme bozukluğu yaygınlığının daha fazla olduğunu ortaya koyulmuş ve bu durumun bu kişilerin adölesan döneme daha yakın olmalarından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Alberton ve ark., 2013).

Bulgular sigara ve alkol kullanımına göre grupların farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Yanık'ın (2017) 440 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptığı

çalışmada öğrencilerin yeme tutumları ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sigara ve alkol kullanımını yeme bozukluğu için bir risk faktörü olarak ele alınan bir başka çalışmada yine bulgular istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymamıştır (Çelik ve ark., 2015). 636 kadın üniversite öğrencisi ile yürütülen çalışmada yine yeme bozukluğu olanlar ve olmayanların sigara ve alkol kullanımına göre farklılaşmadığı vurgulanmıştır (Çelik ve ark., 2016). Ek olarak, Özvurmaz ve ark.'nın (2018) yapmış olduğu çalışmada ise sigara kullanımı ile yeme tutumu arasında ilişki bulunmamış olup alkol kullanımı ve yeme tutumu arasında ilişki bulunmuş, diğer yandan Toker ve ark.'ı (2009) sigara kullanımının yeme tutum düzeylerine göre farklılaştığını alkol kullanımının ise farklılaşmadığını bildirmişlerdir. Literatürde çoğunlukla bu iki değişken ile yeme tutumu arasında anlamlı ilişki bulunmamış olup, çalışma sonucu elde edilen bulguda alkol ve sigara kullanımı ile yeme tutumu arasında özgün bir ilişki olmadığını destekler niteliktedir.

Bulgular, yeme gruplarının egzersize göre farklılaşmadığını göstermiştir. Bu bulguya paralel olarak Şahin Yanık (2017) olası yeme bozukluğu ile spor durumu arasında anlamlı bir fark bulmamıştır. Ayrıca çalışma sonuçları Ünal ve ark. (2009) ve Siyez ve Uzbaş'ın (2006) çalışma bulguları ile tutarlıdır. Diğer yandan, sıklet (judo vs.), dayanıklılık (uzun mesafe koşu vs.) ve estetik spor (bale vs.) dalları ile meşgul olan profesyonel sporcularda yeme bozuklukları yüksek sıklıkta gözlenmektedir (Currie, 2010). Bu durum, bu kişilerin yaptığı spora göre beslenme şekline yön vermesinden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin, kişi kilosunu korumak için beslenmede kısıtlamaya gidebilir. Çalışmanın örneklemini ise profesyonel spor yapan kişilerden oluşmamaktadır.

Bulgular yeme gruplarının abur cubur ve fast food tüketimi açısından farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Bu durum öğrencilerin ders saatlerinin erken başlaması ve derslerin yoğun geçmesi gibi sebeplere bağlı olarak bu tür hızlı tüketilebilecek yiyeceklere yönelmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bulgular algılanan stres puanına göre yeme tutumu grupları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Literatürde birçok çalışma psikolojik stres ve yeme bozuklukları arasında ilişki olduğunu (Abraham ve Llewellyn Jones, 1992; Greeno ve Wing, 1994; Horesh ve ark., 1995), birtakım çalışmalar ise yeme bozukluğunun stresin kendisi ile ilgili değil de uyuma yönelik olmayan (maladaptif) başa çıkma

stratejilerinden kaynaklandığını ileri sürmektedir (Mayhew ve Edelman, 1989). Mevcut çalışmanın bulgusu da bu durumu desteklemektedir.

Anormal yeme tutumu grubunda medyan stresle başa çıkma yolları ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Daha önce yöntemde bahsedildiği üzere ölçeğin alt ölçeklerinden alınan yüksek puan kişinin stresle başa çıkmada o stratejiyi daha çok kullandığını göstermektedir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği ise başa çıkma yollarının daha yoğun kullanıldığına işaret etmektedir. Diğer bir deyişle anormal yeme tutumu sergileyen kişiler stresli olaylar karşısında başa çıkma yollarına daha çok başvurdukları söylenebilir. Literatür incelendiğinde aynı ölçeği kullanan çalışmalarda çoğunlukla alt ölçek puanları ile ilgili karşılaştırma yapıldığı görülmüştür. Dolayısıyla ölçeğin toplam puanı ile ilgili literatür çerçevesinde karşılaştırma yapılamamaktadır. Ancak farklı bir ölçek ile sorun çözme yolları ve yeme tutumu ilişkisi incelenen bir çalışmada anormal yeme tutumu gösteren grubun normal yeme tutumu gösteren gruba göre sorun çözme toplam puanlarının daha az olduğu ortaya koyulmuştur (Aytin, 2014). Bu durum kullanılan ölçeğin farklı olmasından veya örneklemin farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca katılımcılar stresli durum karşısında başa çıkma yollarına daha çok başvuruyor olsalar bile bu stratejilerden hangisini ağırlıklı kullandığı yeme tutumları üzerinde etkili olabilir. Dolayısıyla yeme tutumu grupları arasında ölçeğin alt boyutlarının karşılaştırma sonuçları daha önemli bulunmaktadır. Bu amaçla aşağıda yeme tutumu grupları arasında alt ölçekler ile ilgili karşılaştırmalardan bahsedilecektir.

Daha önce yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan kişilerin olmayanlara göre duygu odaklı başa çıkma ve kaçınmayı daha çok kullanırken; problem odaklı ve sosyal destek arama gibi aktif başa çıkma yollarını daha az kullandıkları ileri sürülmüştür (Ball ve Lee, 2000). Çalışmamızın bulguları yeme grupları arasında başa çıkma yollarına göre anlamlı farklılık olduğunu ortaya koymuştur. Ancak Ball ve Lee'nin (2000) bulgularının tersine anormal yeme tutumu gösteren grubun normal yeme tutumu gösteren gruba göre daha fazla sosyal destek aramaya başvurdukları gösterilmiştir. Ayrıca, yeme gruplarının problem odaklı başa çıkma ve kaçınmayı kullanmalarına göre farklılaşmadıkları görülmüştür.

Bu bulgulara benzer olarak, yeme bozukluğuna sahip hastalar ve kontrol grubu ile yapılan çalışmada grupların problem odaklı başa çıkma açısından anlamlı bir farklılık

ortaya koymadığı belirtilmiştir (Troop, 1994). Ayrıca alternatif bir açıklama olarak, Odacı ve Çıkrıkçı (2012) tıp fakültesi öğrencilerinin problem odaklı başa çıkmayı diğer fakültelerdeki öğrencilere göre daha çok kullandığını bildirmiştir. Bu durumun tıp fakültesi öğrencilerinin diğer fakültelerdeki öğrencilere göre daha dirençli olmasından kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür. Mevcut çalışmada yeme gruplarının problem odaklı başa çıkma yolunu diğer öğrencilere nispeten daha çok kullanan öğrencilerden oluşmuş olması, yeme gruplarının bu başa çıkma yolunu kullanma açısından neden farklılaşmadığını açıklıyor olabilir.

Kaçınma ile ilgili olarak, bizim bulgularımız yeme grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin diğer fakültelerdeki öğrencilere göre daha çok kaçınma stratejisine başvurdukları ise belirtilmiştir (Odacı ve Çıkrıkçı, 2012). Mevcut çalışma örneklemini de bu öğrenci grubundan oluşturduğu için bulgumuzu bu bilgi çerçevesinde yorumlayabiliriz. Ayrıca, kaçınma her zaman uyuma yönelik olmayan bir başa çıkma stratejisi olmak zorunda değildir (Lazarus, 1993). Ek olarak, bizim bulgumuza paralel 149 lisans öğrencisiyle yürütülen bir çalışmada (Paxton and Diggens, 1997) tıknırçasına yeme ve kaçınma arasında bir ilişki ortaya koymamıştır. Diğer yandan, Mayhew ve Edelman (1989) ise klinik olmayan örnekleme yeme patolojisi ve kaçınma arasında ilişki olduğunu bulmuştur.

Anormal yeme tutumu gösteren grubun normal yeme tutumu gösteren gruba göre daha fazla sosyal destek arama yolunu kullandıkları tespit edilmiştir. Ball ve Lee (2000) çalışma bulgusunun tersine yeme bozukluğu olan kişilerin olmayanlara göre sosyal destek aramayı da kapsayan aktif başa çıkma tarzlarını daha az kullandıklarını ileri sürmüştür. Diğer yandan, yapılan bir çalışmada tıp öğrencilerinin örnekleme bulunan diğer bölümdeki öğrencilere göre sosyal destek arama açısından daha yüksek puan aldıkları belirtilmiştir. Bu durumun bu öğrenci grubunun yoğun pratik derslere ve ders programına sahip olmalarına bağlı olarak bire bir yardımlaşmanın gelişmesinden kaynaklanıyor olabileceği ileri sürülmüştür (Odacı ve Çıkrıkçı, 2012). Bu bağlamda, mevcut çalışma bulguları değerlendirildiğinde, anormal yeme tutumu gösteren öğrencilerin stresle başa çıkmada zorluk çekmelerine bağlı olarak eğitimleri boyunca geliştirdikleri başa çıkma stratejisinden faydalanıyor olabilecekleri düşünülmüştür.

Bulgular algılanan stres ile yeme tutum testi puanları arasında ilişki olmadığı yönündedir. Bu sonuç Ngan ve arkadaşlarının (2017) tıp öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışma bulguları ile tutarlıdır. Diğer yandan bu bulgunun tersine stres ile yeme bozukluğu riski arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada stres ile yeme bozuklukları riskine sebep olabilecek sağlıklı yiyecek seçimi arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (Pengpid ve ark., 2015). Bu çalışma sonuçlarının farklılıklarının öğrencilerin çalışma yüklerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu riskinin gelişmesi ile kronik stres arasında güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (Shelton ve Valkyrie, 2010).

Çalışma bulgusu yeme tutum puanı ile stresle başa çıkma toplam puanı arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Buna göre yeme tutum puanında artış oldukça stresle başa çıkma toplam puanında da artış olmaktadır. Yeme davranışının stresle başa çıkmada işlevsel değerinin olabileceği düşünülmektedir (Fryer ve ark., 1997). Bu iki değişken arasındaki aynı yönlü ilişki bu çerçevede yorumlanabilir. Literatürdeki çalışmalarda daha önceden belirtildiği üzere stresle başa çıkma ölçek toplam puanı yerine alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmada yeme tutum puanı ile stresle başa çıkma alt ölçek puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar yeme tutumu ile kaçınma odaklı başa çıkma (Paxton ve Diggins, 1997), problem odaklı başa çıkma (Troop, 1994) ve sosyal destek odaklı başa çıkma (Jacobson ve Robins, 1989) arasındaki ilişkileri inceleyen diğer araştırmalar tarafından desteklenmiştir.

Bulgular algılanan stres ile yeme tutumu puanları arasında ilişki olmadığını göstermektedir. Diğer yandan başa çıkma stres ve psikiyatrik bozuklukların oluşumunda etkisi olan faktörlerden biri olarak düşünülmektedir. Bu bağlamda stresle başa çıkmanın toplam ve alt ölçek puanlarının stres ile yeme arasındaki ilişkide etkisinin olabileceği düşünülerek ölçek puanlarının etkileri arındırılmıştır. Sonuç olarak yine algılanan stres ile yeme tutumu puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak stres ile yeme ilişkisi üzerinde etkili olabilecek tek değişken bu değildir. Örneğin batı ülkelerinde zayıf olma yönünde yapılan sosyokültürel baskının stres ile yeme ilişkisine katkısının olabileceği ileri sürülmektedir (Ball ve Lee, 2000). Bu bulgunun stres ile yeme ilişkisini etkileyebilecek diğer değişkenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma ölçeği toplam puanı ve problem odaklı başa çıkma alt boyutu arasında ters yönlü anlamlı ilişkiler ortaya koyulmuştur. Buna göre problem odaklı başa çıkma alt ölçek puanı artarken algılanan stres düzeyi puanı azalmaktadır. Yani kişinin algıladığı stres düzeyi azalırken bu duruma yönelik çabaları artmaktadır. Bu bulgu ile tutarlı olarak üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada düşük stres düzeyi ve başa çıkma stratejileri arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş ve düşük stres düzeyine sahip olan öğrencilerin aktif başa çıkma stratejilerine daha çok başvurdukları belirtilmiştir (Ganesan ve ark., 2018).

Bulgular algılanan stres düzeyinin dönemler ve klinik gruplara göre farklılaşmadığını ortaya koymaktadır. Yoğun ders yükü, artan psikolojik baskı ve sınavlar tıp öğrencileri arasında strese sebep olan faktörler olarak bildirilmiştir (Shaikh ve ark., 2004). Bu faktörlerin yanı sıra klinik öncesi eğitimden klinik eğitime geçiş ile artan stres arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (Helmets ve ark., 1997). Mevcut çalışmada böyle bir fark gözlenmemiş olmasının öğrencilerin kliniğe geçiş oryantasyon programının bu süreci kolaylaştırmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Stresle başa çıkma yolları dönemler ve klinik gruplara göre incelenmiştir. Bulgular dönemler arasında kaçınma puanına göre fark ortaya koymaktadır. Dönem 2 grubunda medyan kaçınma puanları Dönem 5'e göre daha yüksektir. Dönem 2'lerin teorik ders yükü fazladır ve dersi geçme gibi sadece kendilerini ilgilendiren bireysel sorumlulukları vardır. Bundan dolayı stresli durumlar karşısında kaçınma odaklı başa çıkma yolunu kullanıyor olabilirler. Dönem 5'ler ise ders yoğunluğunun az pratik ağırlıklı çalışmanın çok olduğu klinik ortamda öğrendiklerini meslek hayatları için kullanacak olmalarının yüklediği sorumluluğun bilinci ile kaçınma odaklı başa çıkmayı tercih etmiyor olabilirler. Ayrıca klinik öncesi grubunda medyan ölçek toplam puanı klinik sonrası gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Alt ölçekler detaylı incelendiğinde bulgular klinik grupları arasında kaçınma puanlarına göre fark bulunduğu işaret etmektedir. Klinik öncesi eğitim grubunda medyan kaçınma puanı klinik grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık yine yukarıda belirtilen sebepten kaynaklanıyor olabilir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yeni Araştırmalar İçin Öneriler

Bu çalışmanın bir takım sınırlılıkları mevcuttur. Bulgular bu sınırlılıklar çerçevesinde yorumlanmalıdır. Çalışmada klinik olmayan örneklem kullanıldığı için YTT skor aralığı nispeten dardır. Bu nedenle gelecek çalışmalarda daha geniş örneklem grubuyla çalışılması önerilmektedir. Verilerin öz bildirim ölçekleri ile toplanması sonucunda cevaplarda yanlılık ihtimalinin olması bir diğer sınırlılıktır.

Bu çalışmada öğrencilerin BKİ'si hesaplanırken boy ve kilo bilgileri bildirdikleri şekilde ele alınmıştır. Yeni çalışmalarda boy ve kilo bilgileri ölçümlerde kesinleştirilebilir.

Araştırmanın örneklemini sadece tıp fakültesinde öğrenimine devam eden öğrenciler ile sınırlıdır. Yeni araştırmaların tıp doktorlarından oluşan örneklem ile de yürütülmesi önerilmektedir.

Son olarak öğrenci grubu ile yapılacak olan yeni çalışmalarda öğrencilerin çalışmaya katılma motivasyonunu artırmak için fazladan kredi verilmesi önerilmektedir.

5.2. Genel Sonuç

Sonuç olarak burada rapor edilen bulgular önleme gibi hedef müdahaleler için kullanışlıdır. Stres hayatımızın kaçınılmaz bir parçası, fakat stres ile başa çıkma geliştirilebilir. Bu öğrenci grubunda, stres ile başa çıkmayı geliştirme ile ilgili atölye çalışması yürütülebilir.

6. KAYNAKLAR

Abraham S, Llewellyn Jones D (1992) Eating disorders: The facts (3rd edition) Oxford: Oxford University Press.

Alberton VC, Dal-Bo MJ, Piovezan AP, da Silva RM (2013) Abnormal eating behaviors among medical students at a university in southern Santa Catarina, Brazil. Rev Bras Educ Med 37(1), 15-20.

Altuğ A, Elal G, Slade P, Tekcan A (2000) The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables. Eating and Weight Disorders 5(3), 152-160.

APA (1994) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed., American Psychiatric Association Press, Washington DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı (yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı, DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V tanı ölçütleri başvuru el kitabı). Çeviren: Köroğlu E, 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Aytin N (2014) Ergenlerde Yeme Tutumları ile Sorun Çözme Eğilimleri ve Ebeveyne Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Bailer UF, Kaye WH (2011) Serotonin: Imaging findings in eating disorders. Current Topics in Behavioral Neuroscience 6, 59-79.

Ball K, Lee C (2000) Relationships between psychological stress, coping and disordered eating: A review. Psychol Health 14(6), 1007-1035.

Becker A, Burwell RA, Gilman S, Herzog DB, Hamburg P (2002) Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. Brit J Psychiat 180, 509-514.

Bennett P (2006) Abnormal and Clinical Psychology : An Introductory Textbook (2nd edition). McGraw Hill, Open University Press.

Bruch H (1982) Anorexia nervosa: therapy and theory. American Journal of Psychiatry 139, 1531-1538.

Bulik CM (2002) Eating disorders in adolescents and young adults. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 11(2), 201-218.

Butcher JN, Mineka S, Hooley JM (2013) *Abnormal Psychology*. Boston: Pearson.

Calam R, Waller G (1998) Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study. *Int J Eat Disord* 24(4), 351-362.

Cannon WB (1932) *The Wisdom of the Body*. New York: Norton.

Cattanach L, Rodin J (1988) Psychosocial components of the stress process in bulimia.

International Journal of Eating Disorders 7(1), 75-88.

Charmandari E, Tsigos C, Chrousos G (2005) Endocrinology of the stress response. *Annu Rev Physiol* 67, 259-284.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24(4), 385-396.

Currie A (2010) Sport and Eating Disorders – Understanding and Managing the Risks. *Asian J Sports Med*. 1(2), 63-68.

Cüceloğlu D (1996) *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çelik S, Uğur BA, Aykurt FA, Bektaş M (2015) Eating attitudes and related factors in Turkish nursing students. *Nursing and Midwifery Studies* 4(2): e25479.S1-8.

Çelik S, Yoldaşcan EB, Okyay A, Özenli Y (2016) Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry* 17, 42-50.

Erkuş A (1994) *Psikolojik Terimler Sözlüğü*. Ankara: Doruk Yayınları.

Ertaş HS (2006) *Yeme bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri* (1. Baskı). İstanbul: Timaş.

Fairburn CG (1997) Eating disorders, in D. M. Clark and C. G. Fairburn (eds) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME (1997) Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiat* 54(6), 509-517.

Folkman S, Lazarus RS (1985) If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology* 48, 150-170.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A (1986) Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 50(3), 571-579.

- Fryer S, Waller G, Kroese BS (1997) Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders* 22(4), 427-436.
- Ganesan Y, Talwar P, Fauzan N, Oon YB (2018) A Study on Stress Level and Coping Strategies among Undergraduate Students. *Journal of Cognitive Sciences and Human Development* 3(2), 37-47.
- Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9, 273-279.
- Garner DM, Garfinkel PE (Eds.) (1997) *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Greeno CG, Wing RR (1994) Stress-Induced Eating. *Psychological Bulletin* 115, 444-464.
- Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Kaye WH (2000) Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *Amer J Psychiat* 157(11), 1799-1805.
- Heinberg LJ (1996) Theories of body image: Perceptual, developmental, and sociocultural factors. In J. K. Thompson (Ed.) *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 27-48). Washington DC: American Psychological Association.
- Helmets KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN (1997) Stress and depressed mood in medical student, law students and graduate students at McGill University. *Acad Med* 72, 708-714.
- Horesh N, Apter A, Lepkifker E, Ratzoni G, Weizmann R, Tyano S (1995) Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91(1), 5-9.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiat* 61(3), 348-358.
- Huon G, Lim J (2000) The emergence of dieting among female adolescents: age, body mass index, and seasonal effects. *Int J Eat Disord* 28, 221-225.
- Işık B (2009) *Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması. Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bursa.*
- Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS (2004) Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psych Bull* 130(1), 19-65.
- Jacobson R, Robins CJ (1989) Social dependency and social support in bulimic and nonbulimic women. *International Journal of Eating Disorders* 8, 665-670.
- Janis IL (1958) *Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients*. New York: Wiley.

Janout V, Janoutova G (2004) Eating Disorders Risk Groups in the Czech Republic Cross-Sectional Epidemiologic Pilot Study. *Biomedical Papers* 148(2), 189-193.

Khalid S, Razia ET, Raza MH, Sheikh H, Salman M, Shehzadi N, Mustafa ZU, Asif N, Hussain K, Khan MT, Khan AH, Saleem F (2017) It's not just a "female issue": eating attitudes and behaviors of Pakistani male and female pharmacy students. *Russian Open Medical Journal* 6: e0406.

Koçhan A (2019) Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stress düzeyi, stresle başa çıkma tarzları, hastalık yükü algıları ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kolarzyk E, Jaglarz M (2003) Disordered eating attitudes in medical students of Jagiellonian University. *Przegląd lekarski* 60, 48-52. [Article in Polish]

Koff E, Sangani P (1997) Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders* 22, 51-56.

Kumcağız H, Şahin C, Alakuş K, Akbaş M (2017) The Role of Hope and Negative Thoughts in Predicting Eating Attitudes. *International Journal Of Eurasia Social Sciences* 8(29), 939-954.

Lazarus RS (1966) *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus RS (1974) Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 5, 321-333.

Lazarus RS (1993) Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine* 55, 234-247.

Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer.

Leichner P, Arnett J, Rallo JS, Srikameswaram S, Vulcano B (1986) An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders* 5(6), 969-982.

Levine MP, Smolak L, Hayden H (1994) The Relation of Sociocultural Factors to Eating Attitudes and Behaviors Among Middle School Girls. *The Journal of Early Adolescence* 14(4), 471-490.

Maner F, Aydın A (2007) Bulimiya nervozada psikososyokültürel etmenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 20 (1), 25-37.

Mayhew R, Edelmann R (1989) Self-esteem, irrational beliefs, and coping strategies in relation to eating problems in a nonclinical population. *Pers Individ Diff* 10, 581-584.

Memon AA, Adil SE, Siddiqui EU, Naeem SS, Ali SA, Mehmood K (2012) Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan-a cross-sectional study. *BMC Research Notes* 5, 84.

- Meyer C, Waller G (1999) The impact of emotion upon eating behavior: The role of subliminal visual processing of threat cues. *International Journal of Eating Disorders* 25, 319-326.
- Michaud C, Kahn JP, Musse N, Burlet C, Nicolas JP, Mejean L (1990) Relationships between a critical life event and eating behavior in high-school students. *Stress Med* 6, 57-64.
- Ngan SW, Chern BCK, Rajarathnam DD, Balan J, Hong TS, Tiang KP (2017) The Relationship between Eating Disorders and Stress among Medical Undergraduate: A Cross-Sectional Study. *Open Journal of Epidemiology* 7, 85-95.
- Odacı H, Çıkrıkçı Ö (2012) University students' ways of coping with stress, life satisfaction and subjective well-being. *TOJCE* 1(3), 117-130.
- Oğur S, Aksoy A, Selen H (2016) Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi* 5(1), 14-26.
- Oliver G, Wardle J, Gibson L (2000) Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosom Med* 62, 853-865.
- Özgen L, Kınacı B, Arlı M (2012) Ergen Yeme Tutum ve Davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 45(1), 229-247.
- Özvurmaz S, Mandıracıoğlu A, Lüleci E (2018) Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumu ve Yeme Tutumuyla İlişkili Faktörler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(2), 841-849.
- Parsons T, Bales RF (Eds.) (1955) *Family, socialization and interaction process*. New York: Free Press.
- Paxton SJ, Diggins J (1997) Avoidance coping, binge eating, and depression: An examination of the escape theory of binge eating. *International Journal of Eating Disorders* 22, 83-87.
- Pengpid S, Peltzer K, Ahsan GU (2015) Risk of Eating Disorders among University Students in Bangladesh. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 27, 93-100.
- Perosa LM, Perosa SL (2004) The continuum versus categorical debate on eating disorders: Implications for counselors. *Journal of Counselling and Development* 82, 203-206.
- Popper R, Smits G, Meiselman HL, Hirsch E (1989) Eating in combat: a survey of U.S. Marines. *Mil Med* 154, 619-623.
- Savaşır I, Erol N (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtiler endeksi. *Türk Psikoloji Dergisi* 7, 19-25.
- Scalf-McIver L, Thompson K (1989) Family correlates of bulimic characteristics in college females. *Journal of Clinical Psychology* 45(3), 467-472.

- Scarano GM, Kalodner-Martin CR (1994) A description of the continuum of eating disorders: Implications for intervention and research. *Journal of Counselling & Development* 72(4), 356-361.
- Schiffman SS, Graham BG, Sattely-Miller EA, Peterson-Dancy M (2000) Elevated and sustained desire for sweet taste in African-Americans: a potential factor in the development of obesity. *Nutrition* 16, 886-893.
- Schmidt U, Tiller J, Treasure J (1993) Psychosocial factors in the origins of bulimia nervosa. *Int Rev Psychiatry* 5, 51-60.
- Schmidt U, Treasure J, Tiller J, Blanchard M, Harris T (1991) The role of life events and difficulties in the onset of eating disorders. Paper presented at the meeting of the European Council of Eating Disorders, Leuven.
- Selye H (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 138, 32.
- Selye H (1950) Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal* 1, 1383-1392.
- Selye H (1956) *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye H (1976) *Stress in health and disease*. Woburn, MA: Butterworth.
- Shaikh B, Kahloon A, Kazmi M, Khalid H, Nawaz K, Khan N, Khan S (2004) Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani medical school. *Educ Health* 17(3), 346-353.
- Shatford LA, Evans DR (1986) Bulimia as a manifestation of the stress process: A LISREL causal modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders* 5(3), 451-473.
- Shelton VL, Valkyrie KT (2010) College Student Stress: A Predictor of Eating Disorder Precursor Behaviors. *The Alabama Counseling Association Journal* 35, 14-23.
- Silverman JA (1997) Anorexia nervosa: Historical perspective on treatment. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 3-10). New York: Guilford.
- Siyez DM, Uzbaş A (2006) Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ve aile yapısındaki arasındaki ilişki. *Yeni Symposium* 44(1), 37-43.
- Soukup VM, Beiler ME, Terrell F (1990) Stress; coping style, and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 46, 592-599.
- Stein KF, Corte C (2013) Reconceptualizing causative factors and intervention strategies in the eating disorders: a shift from body image to self-concept impairments, *Archives of Psychiatric Nursing* 17, 57-66.
- Stice E (2001) A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *J Abn Psychol* 110(1), 124-135.

Stice E (2002) Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 128(5), 825-848.

Stice E, Marti CN, Durant S (2011) Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther* 49(10), 622-627.

Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W (2000) Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Amer J Psychiat* 157(3), 393-401.

Şahin Yanık E (2017) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yeme Bozuklukları ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Samsun.

Tahir U (2016) Stress and eating behaviour. *Adv Obes Weight Manag Control* 4(4), 101-105.

Taub DE, Benson RA (1992) Weight Concerns, Weight Control Techniques, and Eating Disorders Among Adolescent Competitive Swimmers: The Effect of Gender. *Sociology of Sport Journal* 9, 76-86.

Toker DE, Hocaoğlu Ç (2009) Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam* 22(1-4), 36-42.

Topal M (2011) Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma stilleri ile pozitif ve negatif duygu arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Torres SJ, Nowson CA (2007) Relationship between Stress, Eating Behavior and Obesity. *Nutrition* 23, 887-894.

Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, McKenzie J, Bulik CM (2003) Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders* 33(2), 143-154.

Troop AN (1998) Eating Disorders as Coping Strategies: A Critique. *European Eating Disorders Review* 6, 229-237.

Troop NA, Holbrey A, Trowler R, Treasure JL. (1994) Ways of coping in women with eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 182(10), 535-540.

Troop NA, Treasure JL (1997) Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to severe events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology* 70, 373-385.

Türküm AS (1999) Stresle başa çıkma ve iyimserlik. *Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları* 1098(2), 27-49.

Türküm AS (2002) Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2(18), 25-34.

Uher R, Treasure J (2005) Brain lesions and eating disorders. *J Neurol, Neurosurg Psychiat* 76, 852-857.

Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H (2015) Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2(2), 187-197.

Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D (2009) Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 16(2), 75-81.

Van Hoeken D, Seidell J, Hoek HW (2003) Epidemiology, in *Handbook of Eating Disorders*, Edited by Treasure J, Schmidt U, van Furth E, 2th Ed., John Wiley and Sons Ltd., England, 11-34.

Vardar E, Erzenin M (2011) Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 22(4), 205-212.

Vidovic V, Juresa V, Begovac I, Mahnik M, Tocilj G (2005) Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review* 13, 19-28.

Vollrath M, Angst J (1993) Coping and illness behaviour among young adults with panic. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181, 303-308.

Wade TD (2010) Genetic influences on eating and the eating disorders. In W. A. Agras (Ed.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders*, New York: Oxford University Press, pp. 103-122.

Waller G, Slade P, Calam R (1990) Who know best? Family interaction and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 56, 546-550.

Wardle J, Gibson EL (2002) Impact of stress on diet: Processes and implications. In: Stansfeld SA, Marmot MG, editors. *Stress and the heart: Psychosocial pathways to coronary heart disease* pp. 124-149. London: BMJ Books.

Welch SL, Doll HA, Fairburn CG (1997) Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine* 27, 515-522.

Wilson G, Eldredge K (1991) Frequency of binge eating in bulimic patients: Diagnostic validity. *Int J Eating Disord* 10:557-561.

Wood A, Waller G, Gowers S (1994) Predictors of Eating Psychopathology in Adolescent Girls. *Euro Eat Disord Rev* 2(1), 6-13.

Yerlikaya EE, İnanç B (2007) Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Psikometrik Özellikleri, IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 17-19 Ekim, İzmir.

Yerlikaya EE (2009) Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Yeşilbursa D (1990) Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervoza-Bulimiya Nervoza Sıklığı ve Beden İmgesi Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Zerbe, KJ (2001) The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 24(2), 305-313.

Ziolko, HU (1996) Bulimia: A historical outline. *Int J Eat Dis* 20, 345-358.



7. SİMGELER VE KISALTMALAR

Ark. – Arkadaşları

APA – Amerikan Psikiyatri Birliği

ASÖ – Algılanan Stres Ölçeği

AN – Anoreksiye Nervoza

BKİ – Beden Kitle İndeksi

BN – Bulimiya Nervoza

BTAYB – Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SBCÖ – Stresle Başa Çıkma Ölçeği

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TYB – Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

TUS – Tıpta Uzmanlık Sınavı

WHO – Dünya Sağlık Örgütü

YB – Yeme Bozukluğu

YTT – Yeme Tutumu Testi

8. EKLER

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

- 1) Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
- 2) Doğum tarihiniz:
- 3) Kilonuz:
- 4) Boyunuz:
- 5) Döneminiz:
- 6) Medeni haliniz:
- 7) Siz dahil toplamda kaç kardeşiniz?
- 8) Anne babanızın: Her ikisi de sağ Anne sağ Baba sağ
- 9) Anne babanızın medeni durumu: Evli Boşanmış Dul Ayrı yaşıyor
- 10) Annenizin öğrenim durumu:
İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul Üniversite
Yüksek lisans Doktora
- 11) Babanızın öğrenim durumu:
İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul Üniversite
Yüksek lisans Doktora
- 12) Babanızın mesleği:
- 13) Annenizin mesleği:
- 14) Ailenizin gelir düzeyi:
0-1500 1500-3000 3000-4500 4500 ve üstü
- 15) Fast food (pizza, hamburger vs.) yer misiniz?
Evet Hayır

Evet ise, ne sıklıkta yersiniz:

Ayda bir iki kez Haftada bir iki kez Neredeyse her gün

16) Abur cubur (cips, çikolata vs.) yer misiniz?

Evet Hayır

Evet ise, ne sıklıkta yersiniz:

Ayda bir iki kez Haftada bir iki kez Neredeyse her gün

17) Anne ve babanızın kilo durumu?

Her ikisi de normal Anne kilo Baba kilolu Her ikisi de
kilolu

18) Şu an nerede yaşamaktasınız?

Apart / Yurt Evde ailemin yanında Akrabamın yanında
Evde yalnız Evde arkadaşım ile beraber Eşimle beraber

19) Sigara kullanımınız:

Kullanmıyorum Haftada 1 paket Günde 1 paket
Günde 1 paketten çok

20) Alkol kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

Evet ise, ne sıklıkta kullanıyorsunuz:

Ayda bir iki kez Haftada bir iki kez Neredeyse her gün

21) Egzersiz yapar mısınız?

Hiç yapmıyorum Ayda 3-4 kez Düzenli olarak haftada 3 kez

9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, tez yazma sürecinde yol göstericiliğini, desteğini ve sabrını eksik etmeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya;

Sayın hocalarım Prof. Dr. Cengiz AKKAYA, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL, Prof. Dr. Saygın EKER ve Doç. Dr. Yusuf SİVRİOĞLU'na yüksek lisans sürecinde bana öğrettikleri için;

Tecrübelerini, bilgisini bize aktardığı ve meslek hayatıma katkıları için Uzman Klinik Psikolog Zeynep ŞEKER AYGÜL'e

Tezimin istatistiksel analizindeki yardımları ve sorularımı sabırla cevapladığı için Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Gökhan OCAKOĞLU'na;

Yüksek lisans süreci boyunca beraber çok güldüğüm sevgili arkadaşım Merve YILDIRIM'a, desteğini her zaman hissettiğim sevgili arkadaşım Zeynep AKSOY'a;

Yüksek lisans eğitimim boyunca verdiği burs ile öğrenim hayatımı destekleyen Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu'na (TÜBİTAK);

Eğitim hayatım boyunca bana güvenen, desteklerini esirgemeyen ve beni motive eden değerli annem, babam ve ablama teşekkür ederim.

10. ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Zonguldak'ta doğdum. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimimi Zonguldak'ta tamamladım. 2011 yılında Psikoloji (İngilizce) bölümü lisans eğitimime başladım ve 2016 yılında mezun oldum. 2017 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı Klinik Psikoloji programında yüksek lisans eğitimime başladım.



