

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
YEME BOZUKLUKLARI VE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elvan ŞAHİN YANIK

SAMSUN-2017

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
YEME BOZUKLUKLARI VE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elvan ŞAHİN YANIK

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN

SAMSUN-2017

TEŞEKKÜR

Tıp Fakültesi ve uzmanlık eğitimim süresince bilgisi ve ahlaki değerleri ile örnek edindiğim, her zaman sevgi ve saygıyla anacağım değerli hocam Prof. Dr. Füsun YARIŞ'a,

Uzmanlık eğitimim süresince üzerimde emeği geçen, destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ'ye,

Her zaman yanımda olan, daima sevgi ve şefkatini hissettiren, tezimin oluşmasında destek veren değerli hocam Doç. Dr. Füsun Ayşin ARTIRAN İĞDE'ye,

Tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen verdiği destek, gösterdiği anlayış ve sabır için değerli danışman hocam Yard. Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım, yanımda olduklarını hissettiren Dr. Merve DEĞİRMENCİOĞLU'na, Dr. Feyza PARLAK KABAKÇIOĞLU'na, Dr. Gülümser KIR DOĞRU'ya, Dr. Gülper ÖZAY'a, Dr. Esin GENÇ'e, Dr. Gülay ŞAHİN'e, Dr. Sema ÇETİN'e, Dr. Vasfiye GÜVEN'e, Dr. Burcu SEZER'e ve tüm asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan canım annem Fatma ŞAHİN'e, canım babam Adnan ŞAHİN'e ve her zaman yanımda olan kardeşlerime,

Desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim sevgili eşim Ahmet YANIK'a ve hayat ışığım oğlum Anıl'a tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Elvan ŞAHİN YANIK

2017, Samsun

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii-iii
TABLO LİSTESİ	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Yeme Bozuklukları	2
2.2. Yeme Bozuklukları Etiyolojisi	2
2.3. Yeme Bozukluğu Tipleri	5
2.4. Anoreksiya Nervosa	6
2.4.1. Tarihsel Gelişimi	7
2.4.2. Tanı Ölçütleri	8
2.4.3. Epidemiyolojisi	10
2.4.4. Klinik Özellikleri	10
2.4.5. Tıbbi Komplikasyonları	12
2.4.6. Prognozu	14
2.4.7. Tedavisi	15
2.5. Bulimiya Nervosa	19
2.5.1. Tarihsel Gelişimi	20
2.5.2. Epidemiyolojisi	21
2.5.3. Tanı Ölçütleri	21
2.5.4. Klinik Özellikleri	23
2.5.5. Tıbbi Komplikasyonları	24
2.5.6. Prognozu	25
2.5.7. Tedavisi	25

2.6. Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu	27
2.7. Pika	27
2.8. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu	28
2.9. Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu	29
2.10. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	30
2.11. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu	32
2.12. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu	33
2.13. Obezite	34
2.14. Benlik Saygısı ve Yeme Bozuklukları	35
3.0. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Amacı	37
3.2. Araştırmanın Tipi	37
3.3. Araştırma Grubu	37
3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar	38
4.0. BULGULAR	41
5.0. TARTIşMA ve SONUÇ	46
6.0. KAYNAKLAR	54
7.0. EKLER	
Ek-1. Anket Formu	71
Ek-2. Etik Kurul Onayı	74

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo1. Dünya Sağlık Örgütü uluslararası obezite sınıflandırması.	<u>34</u>
Tablo 2. Beden kitle indeksi ile bazı kategorik değişkenler arasındaki ilişki	<u>42</u>
Tablo 3. Yeme tutum testi ile bazı kategorik değişkenler arasındaki ilişki	<u>44</u>
Tablo 4. RBSÖ ile bazı kategorik değişkenler arasındaki ilişki	<u>45</u>

SİMGELER VE KISALTMALAR

Yeme Tutum Testi (YTT)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Anoreksiya Nervoza (AN)

Bulimiya Nervoza (BN)

Tıkınırcasına Yeme Bozuklukları (TYB)

Beyin Omurilik Sıvısı (BOS)

5-Hidroksi İndol Asetik Asit (5-HIAA)

Kortikotropin- releasing Faktör (CRF)

Tiroid Releasing Hormon (TRH)

Tiroid Stimulan Hormon (TSH)

Triiyodotreonin (T3)

Tetraiodotreonin (T4)

Beden Kitle İndeksi (BKI)

Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA-YB)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

Statistical Package for Social Sciences Version 20 (SPSS 20)

ÖZET

Amaç: Çalışmamız Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin yeme tutumları ile benlik saygısı ve sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Metod: Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki bu çalışma Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesi dönem 1,3 ve 6 öğrencilerinde yapılmıştır. Çalışmaya 475 tıp öğrencisi katılmıştır. Literatür taranarak oluşturulan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümde ise Yeme Tutum Testi (YTT) bulunmaktadır. Üçüncü bölümde Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) yer almaktadır. Elde edilen veriler SPSS 20 programına aktarılmıştır. Veriler yüzdeler, sayı, ortalama, standart hata ile sunulmuştur. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, numerik değişkenlerde ise bağımsız örneklerde t- testi kullanılmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 475 anketin 440'ı doğru şekilde doldurulmuş olup çalışmaya dâhil edilmiştir. Tıp öğrencilerinin yaş ortalaması $21,03 \pm 2,36$ yıl olup, öğrencilerin %53,4'ü (n:235) kız, %46,6'ı (n:205) erkekti. Kız öğrenciler arasında YTT skorundan 30 puan ve üzerinde alanlar % 14,5, erkek öğrenciler arasında %9,8 bulundu. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2:2,25$; $p:0,133$). Öğrencilerin sigara ve alkol alışkanlığı, ailenin gelir durumu, kronik hastalık bulunma durumu, kaldığı yer, egzersiz, ebeveynlerin kilo durumu, beden kitle indeksi, bilgisayar ve televizyon karşısında geçirilen süre ile YTT' den 30 ve üzeri puan alan öğrenciler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Diyet yapma durumu ile YTT' den 30 ve üzeri puan alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2:9,087$; $p:0,003$). Kız öğrencilerin %14,5(n:34), erkek öğrencilerin %11,7(n:24) 'sinde benlik saygısı düşük bulunmuştur. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p:0,393$). YTT ile RBSÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p:0,036$).

Sonuç: Çalışmamız diğer çalışmalarla paralellik göstermekte olup yeme bozukluklarının literatürde belirtildiği gibi giderek artmakta olduğunu göstermektedir. Bundan dolayı yeni çalışmalarla gençlerin yeme bozukluğuna karşı korunabilmesi için yeme bozukluğu risklerinin belirlenmesi, sıklığının saptanması ve eşlik eden faktörlerin belirlenmesi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozukluğu, benlik saygısı, tıp öğrencileri

ABSTRACT

Aim: This study aims to evaluate the relationship between eating attitudes self-esteem and sociodemographic characteristics of Ondokuz Mayıs University (OMU) School of Medicine students.

Material and Methods: This cross-sectional and descriptive study was applied in class 1st, 3rd and 6th students of OMU School of Medicine. 475 medical students participated in the study. The questionnaire, prepared by searching the literature, consists of three parts. The first section contains sociodemographic information. On the second part there is the Eating Attitude Test (EAT). The third part is the Rosenberg Self Respect Scale (RSES). Obtained data were processed using SPSS 20. The data are presented in percentage, number, average and standard deviation. Chi-square test was used to compare categorical data and t-test was used for numerical variables in independent variables. Statistical significance was considered at $p < 0.05$.

Results: 440 of the 475 questionnaires participating in the study were correctly filled and included in the evaluation. The median age of the medical students was $21,03 \pm 2,36$ years and 53,4% (n: 235) of the students were female and 46,6% (n: 205) of the students were male. Among female students, who scored over 30 points on EAT, was 14.5%, among male students it found 9.8%. There was no statistically significant difference between sexes ($X^2: 2,25$; $p: 0,133$). No significant relationship was found between the students smoking-alcohol habits, the income level of the family, chronic disease presence, place of residence, exercise, parents' weight status, body mass index, time spent on computer-television and the students who scored over 30 points on EAT ($p > 0.05$). A statistically significant relationship was found between the dietary state and EAT score of 30 and above ($X^2: 9,087$; $p: 0,003$). Self-esteem found low 14.5% (n: 34) of female students and 11.7% (n: 24) of male students. There was no statistically significant relationship between genders ($p: 0,393$). Statistically significant correlation was found between YTT and RSES ($p: 0,036$).

Conclusion: Our study shows parallelism with other studies and shows that eating disorders are increasing as represented in the literature. Therefore, it is very important to determine the risk of eating disorders, determine the frequency and determine additional factors with new studies for protection young people against eating disorders.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme büyüme, gelişme ve sağlıklı olma halinin devam ettirilebilmesi açısından önem taşıyan bir etkidir (1). Üniversite öğrencileri beslenme sorunları açısından riskli gruplardan biridir. Çocukluk ve gençlik dönemleri, sağlıklı yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının kazanıldığı dönem olması nedeni ile özel bir öneme sahiptir. Gençlerin, üniversite eğitiminin başlaması ile birlikte alıştıkları aile ortamından ayrılmaları, dış etkilere daha açık hale gelmeleri ve kendi özgür seçimlerinin etkili olması ile birlikte beslenmelerinde yeni bir dönem başlamaktadır. Bu dönemin önemli özellikleri; ekonomik problemler, yeni kurulacak bir düzene uyum sağlama çabalarının getirdiği güçlükler, farklı yaş ve cinsiyette olan pek çok insanla iletişim ve öğrenme süreci içine girilmesi ile dış etkiye açık hale gelmeleridir (2,3). Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranışı bozukluklarıdır (4). Toplumda özellikle adölesanlarda ve genç erişkinlerde oldukça yaygın görülmektedir (5).

Son yıllarda giderek önem kazanan ve özellikle gençlerde yaygınlığı ve sıklığı giderek artan yeme bozuklukları, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “tıbbi dikkat” gerektiren “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmıştır (6). Yeme bozuklukları psikiyatrik problemler arasında çok yaygın görülmekle birlikte morbidite ve mortalite açısından yüksek riske sahip bir durumdur (5). Yeme bozuklukları etiolojisinde; aile içi sorunlar, ailede yeme bozukluklarının mevcudiyeti, düşük benlik saygısı, obezite, kilo ve yemek ile uğraşlar, cinselliğin kabulü, ergenlik problemleri, duyu durum bozuklukları, sosyokültürel normlar, cinsel travma, biyolojik ve genetik etmenlerle açıklayan yaklaşımlar yer almaktadır (7-10). Düşük benlik saygısı yeme bozukluklarında sık karşılaşılan bir durum olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (11).

Ergenlik döneminde oluşturulan yanlış beslenme alışkanlıkları bireyin sağlığını yaşamı boyunca olumsuz etkiler (12,13). Bu nedenle üniversite öğrencilerinin özellikle de tıp fakültesinde okumakta olan geleceğin doktorlarının doğru beslenme alışkanlıklarına ve doğru beslenme bilgisine sahip olması, hem kendi sağlıklarını hem de toplum sağlığını korumadaki rolleri nedeni ile büyük önem taşımaktadır. Sağlıkla ilgili önlemlerin erkenden alınabilmesi için öğrencilerin yeme davranışlarının

belirlenmesi ve yeme bozukluklarının tespit edilmesi son derece önemlidir. Bu araştırmada tıp öğrencilerinin yeme tutumları değerlendirilerek bu duruma eşlik eden sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranışı bozukluklarıdır (4). Yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı gün geçtikçe artmakta ve giderek daha ciddi bir sorun haline gelmektedir (14). Yeme bozuklukları genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik dönemlerinde gelişir, ancak bazı bildiriler çocuklukta veya erişkinliğin ileri dönemlerinde de ortaya çıkabildiklerine işaret etmektedir. Literatürde 60 yaş civarında veya 7 yaş kadar erken başlayan yeme bozukluğu olguları bildirilmiştir (15,16). Yeme bozukluklarını anlama ve sınıflandırmada göreceli olarak kısa bir sürede hızlı bir gelişim olmuştur (17). Anoreksiya Nervosa (AN) 1970'lerde geliştirilen özgül tanısal ölçütlerle sınıflandırılan ilk yeme bozukluğudur. 1979'da Bulimiya Nervosa (BN) tanımlanmıştır. 1980'lerde ise Atipik Yeme Bozukluğu ve Gece Yeme Sendromu tanımlanmıştır (18). Yeme bozukluklarının tanımlanması ile ilgili henüz tam bir fikir birliği sağlanamamış olmakla birlikte tanımlama için üç temel özellik gerekli görülmektedir (19).

- 1.** Yeme alışkanlıklarında ya da kilo kontrolü davranışlarında kesin bir bozulma
- 2.** Fiziksel sağlık ve psikososyal işlevsellikte klinik olarak anlamlı bozulmayla sonuçlanan ya davranış bozuklukları ya da temel yeme bozukluğu özellikleri (örn. yemek yemede bozulma, biçim ve kilo ile ilgili aşırı değerlendirme)
- 3.** Herhangi bir genel tıbbi duruma ya da diğer psikiyatrik bozukluklara ikincil olmayan davranış bozukluğu

2.2 Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının etiyolojisi henüz belirsizliğini korumakta olup, araştırmalar tek bir etiyolojik kökenden ziyade birkaç faktörün bir arada olması

yönünde yoğunlaşmıştır. Temel olarak iddia edilen etiyolojik faktörleri şu ana başlıklar altında toplayabiliriz (20,21).

1. Sosyokültürel etkenler

2. Psikolojik etkenler

3. Biyolojik etkenler

a) Genetik faktörler

b) Hipotalamik-nöromediatör etkenler

1. Sosyokültürel Etkenler

Zayıf olmanın incelik, güzellik, başarı ve çekiciliği temsil ettiği şeklindeki kültürel baskılar diyet yapmaya yönlendirmekte ve yeme bozuklarını geliştirmede rolü olabileceğine dikkat çekilmektedir. Balerin, manken, atlet gibi vücut biçimi ve ağırlığının önemli olduğu bazı meslek gruplarında yeme bozukluklarının görülme sıklığı daha yüksektir (21). Güzellik algısındaki değişme, ince beden sahibi olma konusunda sosyal baskı ve medya baskısı, diyet ve kilo konuları toplumsal obsesyona dönüşmüş olsa bile AN prevalansı düşüktür. Düşük prevalans oranları AN için kültür dışındaki etkenlerin devrede olduğunu göstermektedir. Söz konusu kültürel etkenlerin büyük çoğunluğu AN yapmamaktadır. Sadece küçük oranda, hastalığa yatkın olan kişiler AN olmaktadır. Bu faktörlerin AN'yi açıklamak için yeterli olmadığı fakat BN ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) için söz konusu sosyokültürel etkenlerin AN'ye göre daha fazla etkili olabileceği düşünülmektedir (22).

2. Psikolojik Etkenler

AN etiyolojisine ilişkin ilk psikolojik kuramlar, fobik mekanizmalar ve psikodinamik formülasyonlar üzerinde kurulmuştur. AN pubertedeki cinsel ve sosyal gelişim sonucu, yemeğe karşı fobik kaçınma tepkisi oluşturmaktadır. Psikodinamik kuramlar oral gebe kalma fantezileri, pasif ve sıcak baba ile bağımlı, baştan çıkarıcı ilişkiler ve ambivalan duygular hissedilen anneye yönelik saldırganlık nedeniyle ortaya çıkan suçluluk üzerinde odaklanmaktadır. Bilişsel ve algısal alanda gelişme bozukluğu AN'nin nedeni olarak düşünülür. Bunlar beden imgesinin bozuklukları (zayıflığı inkâr

etme), algılama bozuklukları (yorgunluk, güçsüzlük, açlığın inkârı veya tanınamaması) ve uygunsuz öğrenme deneyimleri nedeniyle oluşan etkin olamama duygusudur (21).

AN hastalarında yüksek oranda majör depresyon (%68), anksiyete bozuklukları (%65), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%26), sosyal fobi (%34) saptanmıştır (21).

3. Biyolojik Faktörler

a) Ailevi Genetik Etkenler

Son yıllarda aile ve genetik çalışmaları, yeme bozukluklarının genetik yatkınlığını vurgulanmaktadır (23). AN'li hastaların kız kardeşlerinde %6,6 oranında AN geliştirmeye eğilim vardır. Çift yumurta ikizlerinde %0 iken, tek yumurta ikizlerinde %66 oranında kısıtlayıcı tip AN konkordinansı saptanmıştır. Büyük bir örnekleme yapılan ikiz çalışmasında BN konkordansı çift yumurta ikizlerine göre, tek yumurta ikizlerinde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Birkaç çalışmada AN, BN hastalarının birinci derece akrabalarında AN, BN ve bu hastalıkların benzerlerinin ailevi kümelenmesi dikkati çekmiştir (21). AN hastalarının birinci derece akrabalarında %2 oranında AN, %4,4 oranında BN görülmekteyken; kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %0 ve %1,3 olarak bildirilmiştir (24). Başka bir çalışmada anoreksiya ve bulimiya nervozası olan kişilerin birinci derece yakınlarında her iki bozukluğun da görülme sıklığının yüksek olduğu gösterilmiştir (25). İkizlerde konkordans oranının tek yumurta ikizlerinde %10-66, çift yumurta ikizlerinde %0-10 arasında değişmekte olduğu bulunmuştur (20). AN ve BN için monozigot/dizigot oranı yaklaşık olarak 3/1 ve monozigot oranı %50 den yüksektir. Bu oranlar genetik faktörlerin katkısının sanılandan fazla olduğu % 50 oranında olduğunu göstermektedir (22).

b) Hipotalamik-Nöromediatör Etkenler

Birçok hastada kilo kaybı ortaya çıkmadan önce amenore gelişmesi ve beden ağırlığı normale döndükten sonra da menstruel siklusun normale dönmesinin gecikmesi, AN'de primer hipotalamik işlev bozukluğu olduğu görüşünü desteklemiştir. Hipotalamik-nöromediatör etkenler ele alındığında ise güncel çalışmalar, AN'de üç nörotransmitterin işlevsel bozukluğu olduğunu göstermektedir. Bu üç hormon: serotonin, dopamin ve

norepinefrindir. Hipotalamusta paraventriküler çekirdekte, yeme davranışının düzenlenmesinde nörotransmitterlerin karmaşık etkileşimleri vardır (21).

Kilonun eski haline getirilmesi uzun süre devam eden AN'li hastalarda yapılan bir çalışmada beyin omurilik sıvısında (BOS) 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) yoğunluğunun, kontrollere göre yükseldiği bulunmuştur. Bu bulgu, AN'deki obsesyonel özelliklerin, serotonerjik nörotransmitter sisteminin hiperfonksiyonu ile ilişkili olduğu varsayımı ile uygunluk teşkil eder (21). Kortikotropin-releasing faktör (CRF), beslenmeyi güçlü bir biçimde inhibe eder. Çok zayıflamış AN'li hastalarda BOS'da CRF yoğunluğu artmış ve kilo alındığında normal değerlere dönmüştür. Yeme davranışını uyaran nöropeptit Y, kilosu az olan ve kilosu yeni eski haline getirilen AN hastalarının BOS'unda yüksek bulunmuştur. Kilosu uzun süreli sağlıklı düzeylerde kalmış AN hastalarında bu değerler normale dönmüştür. Gonadotropin-releasing hormonun salgılanmasının azalması AN'de amenore nedenidir. Norepinefrin dönüşümünün azalması, hipotalamik-pituiter-adrenal ekseninde hiperaktivite, tiroid releasing hormona (TRH) tiroid stimulan hormon (TSH) yanıtının azalması, düşük plazma Triiyodotreoinin (T3) düzeyi, bazal büyüme hormonu yoğunluğunun azalması gibi açlığa bağlı değişiklikler beslenme düzeldiğinde normal değerlere ulaşmaktadır (21). Hipotalamus-hipofizer-gonadal sistemdeki değişim ve işleyiş adeta ergenlik öncesine döner (26). BN'de serotonerjik işlev bozukluğu olduğu ileri sürülmektedir. Tıkınma davranışı fazla olanlarda ise kontrollere göre BOS'da 5-HIAA düzeyleri daha düşüktür (21).

2.3 Yeme Bozukluğu Tipleri

Yeme bozukluklarının iki ana kategorisini oluşturan AN ve BN yanında çok sayıda kısmi ve subklinik sendrom vardır. DSM-5 için önerilen ' Beslenme ve Yeme Bozuklukları ' sınıfında;

1. Pika,
2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu,
3. Ruminasyon bozukluğu,
4. Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu,

5. Anoreksiya Nervoza,
6. Bulimiya Nervoza,
7. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu,
8. Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Beslenme veya Yeme Bozukluğu,
9. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu yer almaktadır (27).

2.4.Anoreksiya Nervoza

Yeme bozuklukları içerisinde en uzun zamandır bilinen ve bu alanda çalışan klinisyenlerin büyük oranda görüş ortaklığı taşıdığı tablo anoreksiya nervozadır. AN, kilo alma korkusu ve ince bir bedene sahip olma arzusunun hastalığa özgü davranış ve yeme tutumlarına yol açtığı klinik bir tablodur. Hastalığıdaki temel patoloji ise beden imgesi bozukluğudur (28). AN’li hastalarda üç psikolojik bozukluk tanımlanmıştır. Bunlar; beden imgesi bozukluğu, bedenden gelen duyuları doğru algılama ve yorumlamada bozukluk ve tüm düşünce ve etkinliklerde kendini gösteren felç edici bir yetersizlik duygusudur. Düşük benlik saygısı (yetersizlik duygusu) yeme patolojileri için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir ve hem AN hem de BN’li hastalarda görülmektedir (29).

Etimolojik açıdan bakıldığında anorexia; yunanca kökenli bir kelime olup “an” (olumsuzluk ön eki) ve “orexis” (iştah) kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur ve “sinirsel iştahsızlık” anlamında kullanılmıştır (30). Tıp literatüründe uzun yıllar bu anlamını koruyarak kullanılmıştır. Ancak bugünkü bilgilerimizle, hastaların gerçek bir iştahsızlıklarının olmadığını rahatlıkla söyleyebiliriz. Pek çoğunun zihninde yemek tarifleri, kalori hesapları dönüp durmaktadır. Çoğu, güzel yemek yaparlar, kendileri yemez, başkalarına yedirirler. Zihinleri bu denli yemekle meşgul ve uzun açlık nedeniyle yeme istekleri mevcutken, kilolarını kontrol etme çabası nedeniyle, iştahlarını ve onun sonuçlarını engellemek için büyük çaba göstermektedirler. Bu amaçla, yemeyi reddetmekte, azaltmakta veya telafi edici bir takım davranışlarla (kendini kusturma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz vb.) alınan kalorileri denetlemeye çalışmaktadırlar (31).

2.4.1 Tarihsel Gelişimi

Anoreksiya Nervoza terimi ilk kez Kraliçe Viktorya'nın hekimi olan Sir William Gull tarafından 1873 yılında kullanılmış. 1874'de yayımlanan yazılar ile AN, tıbbi literatüre girmiştir. AN'nin tarihçesini iki dönemde incelemek mümkündür. 1600'lü yıllardan önceki "Holy Anoreksiya" yani kutsal anoreksiya olarak bilinen ilk dönem, daha çok dini yayınlarda izlenmektedir. Bugünkü terminolojiyle Anoreksiya Nervoza (AN) olarak tanımlanabilecek bu durum; koyu sofuluk, çilecilik, din uğruna dünya zevklerinden vazgeçme anlamındadır. 1600'lü yıllardan sonrasını kapsayan ikinci dönemde ise AN öncelikle bir tıbbi durum olarak ele alınmaya başlanmıştır (32-34).

AN bir klinik patoloji olarak ilk kez 1873'de Laségue tarafından "De l'Anorexie Hysterique" ('Histerik Anoreksiya'dan') adlı makalesinde tanımlanmıştır. Laségue iştah ve histeri ilişkisinden yola çıkarak histerik anoreksi tanımını kullanmış ve hastalığın etyolojisinde duygusal faktörlerin, hasta ve ailesi arasındaki karşılıklı etkileşimin önemini vurgulamış ve belirtileri histerik özellikler olarak değerlendirmiştir (35). Bir yıl sonra 1874'te Sir William Gull, "Anorexia Nervoza" terimini kullanarak ergenlik çağındaki kadınlarda daha sık görülen uzun süreli açlık ve kalori yoksunluğuna bağlı metabolik işlevlerde bozulmanın söz konusu olduğu psikiyatrik tablodan söz etmiş ve hastaların tedavide işbirliği kurmak konusundaki zorluklarını belirtmiştir (36). "Histerik Anoreksi" terimi daha sonra "Mental Anoreksiya" dönüşmüştür. Halen Fransızca ve İtalyanca literatürde bu biçimde kullanılmaktadır. Gull'un kullandığı anoreksiya nervoza terimi ise İngilizce ve Rusça konuşulan ülkelerde benimsenmiştir (28). Anoreksiya Nervoza, 1873'de Lasegue, 1874'de Gull tarafından birbirinden bağımsız iki ayrı bildiri ile tanımlanarak psikiyatrik literatürde yerini almıştır (32,37).

19. yüzyıl sonlarına dek hastalık Gull'un açıklamaları ile paralel bir şekilde ele alınmış olmakla birlikte 20. yüzyılın başlarına gelindiğinde AN hipofizer bir hastalık olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. 1930 yılında Berkman tartışmayı yeniden fizyolojik sorunların psikolojik sorunlara ikincil olduğu yönüne çevirmiştir. 20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde AN literatürüne en önemli ve modern görüşleri içeren katkılar Hilde Bruch, Arthur Crisp ve Gerald Russell tarafından yapılmıştır. Bruch bu kendini aç bırakma sendromunu otonomi, yeterlilik ve kontrol duygularını sürdürebilmek için yapılan bir girişim olarak tartışmıştır. Bunun tersine Crisp, tartışmayı gelişimsel modele

çevirerek AN oluşum nedenlerinin, bir ergenin kilo alarak çocukluktan erişkinliğe doğru olgunlaşma sürecinde geçirdiği biyolojik ve psikolojik deneyimlere bağlı olduğunu öne sürmüştür. Russell'in bakış açısı da bu teori üzerinden olmuş ve teoriye aşırı şişmanlama korkusu kavramını eklemiştir (36).

2.4.2 Tanı Ölçütleri

Yeme bozuklukları DSM- II'de "başka yerde sınıflandırılmayan özel belirtiler" başlığı altında "beslenme bozuklukları" olarak belirtilmiştir. 1980 yılında DSM-III'ün geliştirilmesi ile birlikte yeme bozuklukları "çocukluk ve adölesan dönemde ortaya çıkan bozukluklar" ana başlığı altında sınıflandırılmıştır. 1994 yılında DSM-IV'te ise yeme bozuklukları artık bağımsız bir başlık altında tanımlanmış ve tanı ölçütleri "anoreksiya nervoza", "bulimiya nervoza" ve "başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu" olarak ayrı ayrı belirlenmiştir (38).

Anoreksiya Nervoza DSM-IV 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 inkar 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).

Tipini belirtiniz:

Kısıtlı Tip: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıkanırcasına yeme ya da çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da

laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir.

Tıkanırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıkanırcasına yeme ya da çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermiştir.

Anoreksiya Nervozaya DSM-V İçin Tanı Kriterleri

- A.** Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
- B.** Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.
- C.** Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kişi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

DSM-V’te AN’nin iki tipi tanımlanmıştır. AN hastalığının farklı evrelerinde bu tiplerin birinden diğerine dönüşebilir (39). AN tipleri;

Kısıtlayıcı Tip: Kişinin, son 3 ay içinde, yineleyen tıkanırcasına yeme ya da çıkarma (örn. Kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü (diüretik) ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı)dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümleri tanımlar.

Tıkanırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Kişinin son 3 ay içinde, yineleyen tıkanırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.

2.4.3. Epidemiyolojisi

1960'lardan beri bu sendromların tanı ölçütlerindeki değişmeler, yeme bozukluklarının epidemiyolojisini incelemeye temel sorunlardan biridir. Buna rağmen çalışmalar son 50 yılda AN ve BN görülme sıklığının arttığını göstermektedir (21). Hastalık genel olarak 12-25 yaş arası genç kadınları etkilemekte, başlangıcı 13-14 ve 17-18 yaşlarda olmak üzere bimodal dağılım göstermektedir (40,41).

Literatürde yeme tutumunu etkileyen faktörler arasında cinsiyet ve yaş ilk sırayı almaktadır. Klinik örneklerde kadın/erkek oranının yaklaşık 10 kat olduğu, erkeklerde ise sıklığın yüz binde birden daha düşük olduğu gösterilmiştir (42). İngiltere'de yapılmış iki çalışmada 1988-1993 yılları arasında AN sıklığı 100.000'de 4,2 iken 1994-2000 yılları arasında 4,7 olarak rapor edilmiştir (42). Hollanda'da yapılan çalışmalarda ise AN sıklığı 1985-1989 yılları arasında 100000'de 7,4 iken 1995-1999 yılları arasında 7,7 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada 15-19 yaşları arasında sıklığın en yüksek olduğu ve bunların toplam vaka sayısının %40'ını oluşturduğu görülmüştür (43). 1935-1989 Amerika'da yapılmış bir çalışmada anoreksiya nervozanın yaşa göre insidans oranları 15-24 yaşındaki kadınlar için devamlı artış göstermiştir ve yıllık tahmini artış oranı 100.000'de 1,03 ve AN sıklığı 100.000'de 8,3 olarak bildirilmiştir (44).

1990 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada lise öğrencileri arasında AN prevalansı %0,2 olarak bulunmuştur (45). Ülkemizde üniversite öğrencileri arasında 2006 yılında yapılan prevalans çalışmalarında bu oran %0-0,5 arasında değişmektedir (46, 47). Yaşam boyu görülme sıklığı %1,0'dır (48).

AN'de yaygınlık oranları incelendiğinde yaygınlık oranları farklı araştırmalarda %0-0,9 arasında bildirilmiş, ortalama yaygınlığın genç kadınlarda %0,29 olduğu görülmüştür ve bu hastaların yaklaşık 1/3'ünün psikiyatrik tedaviye başvurduğu bildirilmiştir (43).

2.4.4. Klinik Özellikleri

AN çok az miktarda besin alımı, yemeyi reddetme ve bunun sonucunda oluşan kilo kaybıyla karakterizedir. Başlıca üç ölçütü vardır. Birincisi, kişinin kendisinin neden olduğu önemli bir dereceye varan şiddetli açlıktır. İkincisi zayıflığa karşı amansız bir

dürtü ve/veya şişmanlığa karşı hastalık derecesine varan bir korkudur. Üçüncüsü, şiddetli açlıktan kaynaklanan tıbbi belirti ve bulguların varlığıdır (49).

Hastaların en dikkat çeken özelliği aşırı zayıf olmalarıdır. Yaş ve boya göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına rağmen kilo almaya karşı büyük bir direnç içindedirler. Yoğun kilo alma korkuları; kiloyu koruma ve hatta daha da azaltma, kendileri için belirledikleri en az kiloya ulaşma ve tekrar kilo almayı engelleme planlarına yönelik tutumlara yol açar. Karbonhidrat ve yağ içeren gıdalar başta olmak üzere gıda alımını tamamen azaltma ve kısıtlama, ağır fiziksel egzersizler yapma, laksatif, diüretik, iştah azaltıcı maddeler kullanma ve/veya uyardıkları ya da kendiliğinden kusmalar ile beden ağırlıklarını kontrol edici yöntemlere başvururlar (31).

Çoğunluğu gıda ile zihinsel düzeyde aşırı uğraşırlar. Hastaların beslenme konusunda ayrıntılı bilgiye sahip oldukları dikkat çekicidir. Düşük kalorili, enerjisi azaltılmış yiyeceklere yönelme, küçük parçalar halinde yavaş yeme, uzun zamanda yemek, yediklerinin kalorisini hesaplama, başkalarıyla birlikte yemeden kaçınma, başkaları için özel olarak yemek yapma ve onları yemeye zorlama, yiyeceklerinden saklayarak kurtulma gibi gıda ile ilgili aşırı ilgilenme yaygındır (50-52). Çoğu AN hastası, ileri derecede zayıf olmalarına rağmen kalori harcamak ve ağırlık kaybını artırmak amacıyla aşırı hareketlidir. Aşırı aktivite durumu iradi denetimin ötesinde görülmektedir. Fiziksel durumları kötüleşip çok halsiz ve yatalak olana kadar hareketlilik devam eder (52,53). AN'li hastanın beden algısı bozulmuştur. Bu nedenle kendini olduğundan daha kilolu görür ve gün içinde sık sık tartılır. Bazıları kendini tamamen şişman algılamakta bazıları zayıf olduğunu, ancak karın, baldır, kalça gibi bazı bölgelerin şişman olduğunu iddia ederler. Boy aynası karşısında bedeninin çeperini çizmesi istendiğinde, beden çeperini olduğundan çok daha geniş çizer. Kilo almadığına inanmak için aynaya uzun uzun bakar. Kilo kaybının tehlikeli boyuta ulaştığının farkına bile varmaz ve daha çok kilo vermesi gerektiği inancındadır (21, 54).

Kimi hastalarda yeme üzerindeki kontrol kaybı ve aşırı yeme atakları görülür. Bunun sonrasında kusma, laksatif ve diüretik kullanımı ya da aşırı egzersiz ile kiloyu koruma çabaları görülür (52). Yeme üzerindeki kontrolün kaybedileceği korkusu ile yüksek kalorili gıdalardan kaçınma artar. Yeme bozukluklarında kısır döngünün oluşumu da kısmen bunlarla ilgilidir (32).

Okul başarıları yüksek, oldukça yüksek hedefleri olan mükemmeliyetçi hastalardır. AN hastalarında sosyal izolasyon yaygındır. Depresyon, anksiyete, obsesif belirtiler, mükemmeliyetçi özellikler, katı bilişsel stiller özellikle kısıtlı tipte olmak üzere AN hastalarında sık görülür (55). Malnütrisyonu bağlı olarak depresif duygudurum, anhedoni ve insomni gelişebilir (56). Çoğu anorektik ergenin psikoseksüel ve genel fizik gelişimi gecikmiştir. Adölesan hastalar mevcut yaşlarından küçük gözükmektedir. İskelet büyümesi de bozulabilir. Boy beklenenden daha kısa kalabilir. Kaşeksi ve meme atrofişi olur. Erişkinlerde ise cinselliğe ilgi çok azalmıştır. AN'li kadınlar için en belirgin semptomlardan birisi amenoredir. Amenore iki nedenle ortaya çıkabilir. Hipotalamo-hipofiz-gonad aksı stres altında baskılanır ve hipotalamik amenoreye yol açar. Bununla birlikte kilo kaybı önemli boyutta olduğunda yağ dokusu kaybı olur. Yağ dokusu östrojeni aktif hale çevirmek için gereklidir ve yağ dokusu kaybı olduğun da östrojen aktive olamaz. Menstruasyon, ağırlık ve yağ dokusu kazanılması ile normale döner (57). Amenore hastalığın erken evrelerinde, belirgin kilo kaybından önce de görülebileceği gibi, beslenme düzene girdikten sonra bir süre daha devam edebilir. Genellikle ilk tıbbi başvuruları amenore ya da diğer medikal sorunlar dolayısıyladır. Amenore, yetersiz beslenme sonucu olabileceği gibi cinselliği inkârın bir ifadesi de olabilir (21, 51, 53).

2.4.5. Tıbbi Komplikasyonları

AN açlık ve çıkarma davranışına bağlı olarak sekonder gelişen çok sayıda önemli medikal komplikasyonlarla ilişkilidir. Birçok sisteme ait bozukluğun ortaya çıkmasına yol açar. Aşırı kilo kaybının yol açtığı endokrinolojik, kardiyovasküler, gastrointestinal, endokrin, dermatolojik, kas ve iskelet sistemine ait, hematolojik ve renal bulgular ortaya çıkabilir. Bradikardi, hipotansiyon, aritmi, senkop gelişebilir. Hastalar özellikle ayakta iken bradikardik hale gelir. Periferik dolaşım azalır ve ekstremiteler soğuk ve akrosiyanotiktir. Tüm çizgili kas kütlesi gibi sol ventrikül kitlesi de azalır. Periferik direnç artar, sol ventrikül sistolik disfonksiyonu meydana gelir. EKG değişiklikleri yaygındır ve düşük voltajlı sinüs bradikardisi, ST çökmesi, QT uzamasını içerir. Kardiyak aritmi, kardiyak arreste yol açarak ani ölüm nedeni olabilir. Sıvı elektrolit dengesizliği de bunu tetikler (özellikle hipopotasemi). Sıvı elektrolit dengesizliğine bağlı metabolik alkaloz, hiponatremi, hipokalemi, hipokloremi ve bunlarla ilgili olarak yorgunluk, kas güçsüzlüğü yaşanabilir (54, 58, 59). Periferde

inaktif T4'ün aktif T3'e dönüşümünde azalma olup sıklıkla, TSH ve T4 düzeyleri normal, T3 düzeyi düşüktür. Hipotermi, bradikardi, kabızlık, kuru cilt ve derin tendon reflekslerinde azalma vardır. Kortizol düzeyleri artmış, kortizolun diurnal ritmi bozulmuş, deksametazon supresyonunda azalma, glikoz toleransında bozulma (nadiren aşikâr hipoglisemi), plazma insülin düzeyinde azalma, serbest yağ asitlerinde artma, hiperkolesterolemi, hipokalsemi, hipomagnezemi bulunabilir. Hipoestrojen ve hiperkortizol düzeyleri osteoporoz ve kemik gelişiminin engellenmesi ve fraktür riskine yol açar. Osteoporoz ciddi ve irreversible bir sonuç olduğundan tedavi gerektirir (58, 59).

AN'nin uzun dönem en üzerinde durulması gereken komplikasyon osteopeni ve osteoporozdur. Yapılan çalışmalarda, AN olan erişkin kadınların %90'ında bir ve birden fazla bölgede osteoporoz saptanmıştır. Yaşamlarının ileriki yıllarında da artmış kırık riski vardır. Aynı zamanda AN olan adölesanlarda da kemik kaybı olduğu görülmüştür. AN'li adölesanlarda kemik döngüsü; yaşitlarına göre %40 artış olduğu bir dönem de azalmıştır ve doruk kemik kitlesine ulaşamaz. Azalmış östrojen, testosteron ve IGF-1 düzeyi, artmış kortizol seviyeleri, yetersiz beslenme, azalmış kalsiyum ve D vitamini alımı, düşük vücut ağırlığı osteopeni/osteoporoz nedeni olarak sıralanabilir. Çalışmalarda amenorenin süresi ile kemik kaybı arasında güçlü bir korelasyon olduğu ve 6 ay süreli bir amenore osteopeni veya osteoporozu yol açtığı gösterilmiştir (57,60-62).

AN'deki laboratuvar anormallikleri arasında göreceli lenfositozla birlikte lökopeni, karaciğer fonksiyonlarında bozulma, hipoglisemi, hiperkortizolemi, hiperkolesterolemi, hiperkarotenemi, serum çinko düzeyinde azalma, elektrolit dengesi bozuklukları ve endokrin işlevlerde yaygın bozukluklar yer alır. Gastrointestinal trakt etkilenebilir. Azalmış gıda alımına vücut adapte olduğu için normal miktarda yemeğe tahammülsüzlük, erken doyumluk, gastroösofageal reflü gelişebilir. Gastrik boşalma, pankreas ve safra salgıları azalır. Gıda ile uyarı olmadığı için gastrokolik refleks kaybolur. Şişkinlik ve kabızlık meydana gelir. Gecikmiş mide boşalması her iki AN tipinde de mevcuttur. Uzun süreli fizik rehabilitasyon kısıtlayıcı tip AN'de gastrik boşalma ve dispeptik semptomları düzeltirken, tıkinma/çıkarma tipinde pek etkili değildir. Sık kusmalar özofajit, Mallory-Weiss yırtıkları, özefagus yırtığı ile sonuçlanan

Boerhoove sendromuna ve dental erozyona yol açabilir. Yeniden beslenen hastalarda akut gastrik dilatasyon, gastrik rüptür ve “tekrar beslenme sendromu” gelişebilir (57). Gaudiani ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, AN’li 25 hastanın tıbbi stabilizasyon ünitesinde kapsamlı değerlendirilmesi sonucunda, beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması 13,1 kg/m² olan bu erişkin hasta popülasyonunun %44’ünde hipoglisemi, %76’sında karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma, %83’ünde anormal kemik yoğunluğu, %45’inde hipofosfotemi ve %92’sinde hipotermi saptanmıştır (63).

Hastaların yarısında EEG anormallikleri bulunur ve genellikle sıvı-elektrolit dengesizliğini yansıtır. Çoğunlukla temel aktivitede yaygın yavaşlama şeklindedir. Nöbet eşiği düşmüştür. Beyin görüntülemesinde kortikal atrofi, ventriküllerde genişleme (pseudo atrofi), pozitron emisyon tomografisinde caudat bölgede glikoz hipermetabolizması gösterilmiştir (58,59,64). Ağır malnutrisyon durumlarında beyin dokusu (hem beyaz, hem de gri cevher) kaybedilir. Sulkus ve ventriküller de beyin omurilik sıvısı artar (57,60).

Sonuç olarak, AN tüm sistemleri etkilemektedir. Bunları açıklayacak spesifik nedene ait kanıtlar bulunmamaktadır. Hastaların pek çoğunda, beslenme ve kilonun kazanılmasıyla düzelme olmaktadır (51,53,59). Açlığa ve diyet çeşitliliğindeki azlığa bağlı olarak protein-kalori malnütrisyonu bulunur. Malnütrisyon görece ılımlı belirtiler verebileceği gibi kimi hastada vitamin ve protein eksikliğinin ciddi kanıtları görülür (51,59).

2.4.6. Prognoz

Önemli ve kronik bir hastalık olan yeme bozukluklarının gidiş ve sonlanış özellikleri son derece değişkenlik göstermektedir. Ruhsal hastalığı olan kişilerde doğal ya da doğal olmayan yollarla gerçekleşen tüm ölümler içerisinde en yüksek risk, yeme ve madde kullanım bozukluklarında görülmektedir.

Psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yüksek ölüm oranı olan tanı AN’dır (25). Eş tanımlı olarak dahili hastalıklarla komplike olması ve %2-5’i intihar nedeni olmak üzere AN’de ölüm oranı yaklaşık %10 civarındadır. Özellikle tip 1 Diabetes Mellitus eş tanısı ile birlikte seyreden anorektik hastalarda mortalite %35’lere çıkmaktadır (65).

AN tek bir epizot halinde ortaya çıkabildiği gibi tekrarlayan epizotlar şeklinde ya da sürekli olarak görülebilir. Hastaların yaklaşık %40-50'si tamamen iyileşir, %30-40'ı orta düzeyde iyileşir, %20'si süreklilik gösterir. İyileşenlerin bir kısmında atipik yeme bozukluğu görünümleri kalabilir, üçte birinde de depresmeler olur (66). AN'nin sıklıkla ilk 2 yılda olmak üzere 5 yıl içinde BN'ye dönme oranı %15'tir ve tedaviden yararlanması zor hastalar olarak kabul edilirler (22).

Hastalığın erken yaşlarda başlaması iyi prognozdur fakat bu ergen ve erişkinlik dönemleri içindir. Prepubertal başlangıçlı AN oldukça kötü prognozludur. Diğer iyi prognostik işaretler; tedavi sonrası normal kiloya dönüş, çıkarma davranışları olmaması, ek psikiyatrik hastalıkların olmaması, hastaneye yatış öncesi az kilo kaybının bulunması, hastalığın kısa sürmesi, hastane çıkışı sonrası takiplerinin iyi yapılmasıdır (67). Anorektik hastaların erkek olması prognozu kötü yönde etkilemez. Hastalığın başlangıcındaki beden ağırlığının düşüklüğü, laksatif kullanımı, kusma, bulimiya varlığı, somatik yakınmalar, kronikleşme, obsesif kompulsif kişilik özellikleri; ilk tedaviye yetersiz yanıt, düşük benlik saygısı ve uyum kapasitesi, orta-ağır depresyon olması, çatışmalı aile ilişkileri, hastalık öncesi gelişimsel bozuklukların varlığı çoğu çalışmada prognozu kötüleştiren etkenler olduğu belirlenmiştir (68-71).

2.4.7. Tedavi

AN tedavisi uzun ve zorlu bir süreç olup, hastalığın yaşamı tehdit edici özellikleri olup, ağırlaşabilen ve komplike olabilen ciddi bir ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmesi tedavide temel ilkedir. Hastalığın çeşitli yönlerinin ele alınabilmesi için multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekipte aile hekimi, psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve diyetisyenin yanı sıra AN'ye bağlı komplikasyonlar geliştiğinde ilgi alanlarına göre, kardiyolog, endokrinolog, nefrolog, gastroenterolog ve ortopedistlerin yer alması gerekir. Tedavide hastalığın çoklu nedenleri ve öngörülemeyen gidişini dikkate alan çok boyutlu tedavi yaklaşımları uygulanır. Tedavi stratejileri hastalığın ciddiyetine göre belirlenir. Tedavide uygulanan temel yaklaşımlar; tıbbi yönetim, beslenme rehabilitasyonu, bilişsel davranışçı tedavi, aile tedavisi ve diğer ruhsal tedavilerdir. İlaç tedavileri diğer tedavilere eklenen tamamlayıcı tedavilerdir (66). Tedaviye uyumlu hastalarda ve aile desteğinin yeterli olduğu durumlarda tedavi ayaktan yürütülebilir.

AN'de yataklı servis tedavisi için hastanın özelliklerine göre karar verilmesiyle birlikte yatışı gerekli kılan durumlar:

- Hipopotasemik alkaloz, serum potasyumun 2,5 mEq/L' nin altında olması,
- Ciddi kardiyak aritmiler,
- Ödem, hipoproteinemi ve ciddi anemi gibi önemli tıbbi durumlar,
- Eğer depresme olduysa normal kilodan %10-15 kayıp veya ilk ataksa,
- %16-20 kayıp ve/veya BKİ<16 kg/m²,
- Psikotik depresyon veya ciddi intihar girişimi,
- Ayaktan tedavilerin başarısızlığıdır.

Yatış endikasyonlarından da anlaşılacağı gibi AN tedavilerinde tıbbi komplikasyonlar halledilmesi gereken önemli bir durumdur. Tıbbi durumun stabilizasyonu, hastaların daha sonraki tedavi basamaklarına hazırlanması, motivasyonun artırılması, kilo restorasyonunun zorlu ilk evrelerinin geçirilmesi, eş-tanı durumlarının tedavisi gibi pek çok duruma yatarak tedavi sürecinde müdahale olanağı vardır (72).

Yatarak tedavinin birinci adımı hastanın tıbbi ve psikiyatrik açıdan kapsamlı değerlendirilmesidir. Tıbbi değerlendirmede tüm hastalar dikkatli bir fizik muayeneden geçirilmelidir. Tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, kreatinin, elektrolit düzeyleri, kalsiyum, magnezyum ve fosfat ölçümleri ve ilk değerlendirme sırasında EKG değerlendirilmesi hem malnütrisyon hem de çıkartmanın etkilerini görmek açısından gereklidir. Yine kemik mineral yoğunluğunun ölçülmesi özellikle ağır ve uzun sürmüş vakalar için önerilir. Diğer incelemeler hastanın durumuna, ek belirtilere veya tıbbi konsültasyon sırasındaki önerilere göre yeniden şekillendirilebilir.

AN tedavisinde ve komplikasyonlarının önlenmesinde, tıbbi beslenme tedavisinin önemli rolü bulunmaktadır. Tıbbi beslenme tedavisi hastanın fiziksel ve laboratuvar bulguları ile aldığı medikal tedaviye göre kişiye özel olarak uygulanmaktadır. İlk olarak, bireyin beslenme durumu ve bilgisi, motivasyonu, o anki

yeme alışkanlıkları, davranış durumu ve laboratuvar bulguları değerlendirilir (73). Daha sonra tedavi ekibiyle işbirliği içinde beslenme tedavi planı geliştirilir. Mümkünse diyetisyen, hasta ile güven ilişkisi kurar ve tedavinin seyri boyunca hasta ile sürekli temas halinde olur (73). Tedavi programları genellikle; kilo kaybının önlenmesi ve stabilizasyon, kilo kazanımı ve kilonun korunması aşamalarını içermektedir (74). Beslenme tedavisinde temel unsurlar; beslenme eğitimi, öğün planlama, düzenli yeme alışkanlıklarının oluşturulması ve hastanın diyet yapmasının önlenmesidir. AN için beslenme tedavisi hedefleri; yeme düzeninin normalleşmesi ve sağlıklı kiloya ulaşılması ile ilgilidir (73). AN tedavisinde kilo alımı çok önemlidir. Örneğin; yatarak tedavi gören hastalarda yaklaşık olarak 0,5-1,0 kg/hafta, ayaktan tedavi gören hastalarda ise yaklaşık 0,25-0,5 kg/hafta, ayaktan yoğun tedavi alan ya da kısmi olarak hastanede yatan hastalarda bu iki değer arasında hedef belirlenebilir. Amerikan Pediatri Akademisi kılavuzlarında, hastanede yatarak tedavi gören hastalar için gerektiğinde nazogastrik tüp veya intravenöz yoldan beslenmenin sağlanabileceği vurgulanmaktadır (75).

Yeniden beslenme şekli ne olursa olsun ideal vücut ağırlığının %10'u kadar kilo alımı kabul edilebilir bir değerdir. Normal menstruasyonun geçmişte gerçekleştiği kilonun sağlıklı kilo olduğu görüşleri de mevcuttur. Fakat amenorenin devam etmesi durumunda ideal vücut ağırlığına ulaşılması gereklidir, hatta bu değer bir miktar üstüne çıkılabilir (76). Kalori alımı başlangıçta 30-40 kkal/kg/gün (1000-1200 kkal/gün olarak da başlanabilir) olmalı ve kademeli olarak arttırılmalıdır (73). Genellikle toplam enerjinin 2-3 günde bir 100-200 kalori arttırılması önerilmektedir. Tedavi sonunda önerilen kalori alımı 70-100 kkal/kg/gün'dür. (Kadınlar için 3000-4000 kkal/gün, erkekler için 4000-4500 kkal/gün). Birçok AN hastasının harcadığı enerji miktarı fazla olduğu için fiziksel aktiviteye bağlı olarak harcanan enerji dikkate alınmalıdır. Hedeflenen kiloya ulaşıldıktan sonra kilonun korunması için kalori değeri bir miktar azaltılabilir fakat adolesanlarda potansiyel büyüme ve gelişmenin devam etmesi nedeniyle aşırı kısıtlama yapılmamalı, kalori değeri yüksek tutulmalıdır (77).

Yatan hastalarda hemşire bakımının rolü çok büyüktür. Yemek yerken hastanın yanında olunması, şişmanlama korkusu için telkinde bulunulması, gizli kusma olasılığına karşın yemek sonrasında da gözlem ve desteğin sürmesi önemlidir. Kusma olduğun da eşdeğer gıda içecek olarak verilir. Yemek yerken hastanın kilo kontrolünü

kaybetme riskinin olmadığına ikna edilmesi, benimsenmiş hedeflere karşı tutarlı davranmaya teşvik edilmesi ve kusma ya da laksatif kullanılmadığından emin olunması gerekir. Kusan hastalarda serum elektrolitleri hergün takip edilmelidir. İstenen beden ağırlığına ulaşıldığında, normal yeme alışkanlığı kazanıldığında, aşırı egzersizden ve çıkarma davranışından uzak durma yeterliliği kazanıldığında ve tıbbi bakımı gerektirecek bir durum kalmadığında hastalar taburcu edilerek ayaktan takip edilebilir. Yatan hastalarda günlük izlem yapılırken ayaktan takip edilenler de haftalık izlemin yapılması uygundur (66). Ruhsal tedavilerde amaçlar;

- Hastaların beslenme ve fiziksel iyileşmeyi anlamalarını ve tedaviye uyumlu olmalarını sağlamak,
- Yeme bozukluğuyla ilişkili olan işlevsel olmayan düşünce, tutum ve davranışlarını anlamak ve bunları değiştirmek,
- Kişiler arası ve sosyal ilişkileri iyileştirmek,
- Yeme bozukluğunun sürmesine neden olan eşlik eden ruhsal patolojiyi saptamak ve tedavi etmektir (66).

Bilişsel tedavi iki temel varsayım üzerine kurulur. Birincisi, düşük kiloyu sürdürme zorunluluğu nedeniyle yiyeceklerden kaçınma davranışıdır. İkincisi, AN'nin olumlu işlevi, kişinin genellikle kişilerarası doğada olan sıkıntı veren yaşam olaylarından kaçınmasını sağlamasıdır. Bilişsel yeniden yapılandırma yaklaşımın da hastanın özgün olumsuz düşünceleri saptaması, bu düşünceleri destekleyen ve desteklemeyen kanıtları sıralaması, mantıklı bir sonuç çıkarması ve bu sonucu davranışlarına rehberlik etmek üzere kullanması istenir (66).

Ergenlerde AN tedavisine aile üyelerini katmanın önemini destekleyen kanıtlara rağmen ebeveynlerin fazla eleştirel olduğu durumlarda birlikte aile terapisi yerine ayrı aile grupları daha uygun olabilir (78,79). Erişkin hastalar için ise tedaviye aile üyelerini katmayı destekleyen bulgular sınırlıdır. Örneğin ergenlerde aile terapisinin etkinliğinin kanıtlandığı bir çalışmada erişkinlerde bireysel psikoterapinin aile tabanlı bir yaklaşıma üstün olabileceği bulunmuştur (78).

AN tedavisinde ilaçların yeri sınırlıdır ve diğer tedavi yaklaşımlarına ek olarak uygulanır. İlaç kullanılıp kullanılmayacağı, kullanılacaksa hangi ilaçların kullanılacağı hastanın klinik tablosuna göre belirlenir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) sağlıklı kilonun korunması konusunda plaseboya depresmenin önlenmesi konusunda psikoterapiye göre bir üstünlük gösterememiştir(80,81). Öte yandan uygun bir beden ağırlığına yeniden ulaşan hastalarda eşlik eden depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif belirtilerin tedavisi için antidepresan ilaçlar sık kullanılmaktadır.

Tedavide antipsikotik ilaçların (APİ) kullanımı eskiye dayanır. Klorpromazin ve pimozid kilo alımını artırdığı halde diğer alanlarda etkisiz bulunmuştur. Son yıllarda atipik APİ'lar denenmiştir. Olanzapin kilo alımı ve anorektik ruminasyonlar üzerine etkili bulunmuştur (66). 2005'te Mondraty ve ark. 20 mg/gün olanzapin ile klorpromazin alan grubu karşılaştırdığında anorektik ruminasyonu azaltmada olanzapini üstün bulmuştur (82).

Astımlı çocukların siproheptadin ile tedavisinde kilo artışına rastlanması, bu serotonin antagonistinin AN'de kullanılabilceğini düşündürmüştür. 1977'de Vigersky ve Loriaux'nun, 1979'da Goldberg ve ark. siproheptadin ile yaptıkları araştırmada anlamlı bir fark bulunamamıştır. 1986'da Halmi'nin amitriptilin, plasebo ve siproheptadini karşılaştırdığı çalışmasında siproheptadinin kilo artışına ulaşmak için geçen süreyi kısalttığı sonucuna varılmakla birlikte ilacın kilo almak üzerinde herhangi bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür (83-85).

Sıkça kullanılabilen kalsiyum, vitamin ve hormon takviyelerinin prognozu olumlu etkilediğine dair kanıt bulunmamakta olup tedavide yer almaları genellikle önerilmez. Tedavide vurgulanması gereken esas nokta gıda alımının artması ve beden ağırlığının normal sınırlara yükselmesidir (56).

2.5. Bulimiya Nervoza

Bulimiya Nervoza (BN) yineleyen tıkanırcasına yeme atakları, bu ataklar sırasında yemeyi durduramama korkusu ve tıkinma sonrası kilo almayı engelleyecek uygunsuz dengeleyici davranışlar (örneğin kusma, laksatif, diüretik kullanımı, aşırı diyet ya da egzersiz) sergileme ve tıkinma ataklarının son 3 ayda en az haftada 2 kez ortaya çıkması ile karakterize bir yeme bozukluğudur.

Etimolojik kökenine bakıldığında bulimiya; bous(öküz) ve limos(açlık) sözcüklerinden türetilmiştir. “bir öküzü yiyebilecek kadar büyük bir açlık” ya da “bir öküz kadar yiyebilmek” anlamına gelen patolojik iştahı tanımlar (86). AN ile olan klinik ve etiyolojik ilişkisine vurgu yapmak için ”nervoza” sözcüğü eklenmiştir (87).

BN teriminin ortaya çıkışı 1979 yılında Russell’ın bu alandaki yayını sayesinde olmuştur. Russell BN hastalarına dair başlıca üç özellikten söz etmiştir. Bunlar:

- Güçlü ve karşı konulamaz bir yeme arzusu
- Kusarak ve/veya müshil kullanarak gıdaların kilo aldırıcı etkisinden kaçınmak,
- Şişmanlamaktan aşırı korku duymak şeklindedir (87).

2.5.1. Tarihsel Gelişimi

Yeme bozukluklarının tarihçesine yönelik bilgilerin çoğunda anoreksiya üzerine odaklanılmaktadır ve ‘bulimiya nervoza’ teriminin ortaya çıkışı ancak 30 yıl kadar geriye gitmektedir (87). Bununla birlikte bulimiyanın tarihine yönelik bir gözden geçirmede aslında bir semptom ve sendrom olarak bulimiyanın birkaç yüzyıl öncesine kadar uzandığı görülmektedir (88).

Aşırı yeme ve kusma davranışları tarihte var olan davranışlardır. Eski Mısır’daki her ay üç ardışık gün boyunca devam eden kusma davranışları ve Roma’da aşırı yeme dönemlerinin ardından kusmak için ”vomitoryum”ların kullanılması BN’nin tarihsel temelinin çok eskilere dayanıyor olabileceğini düşündürmektedir (89,90). Eski Roma’da Seneca’nın ”çıkartmak için yiyen ve yemek için çıkartan” insanlardan söz ettiği bildirilmiştir (91).

20. yüzyılın başından itibaren literatürde bulimiya belirtileri sergileyen ve bugünkü anlamda BN’ye daha yakın olgular bildirilmeye başlanmıştır. Bunlara örnek olarak Janet’in 1903, Wulff’un 1932 ve Binswanger’in 1944-1945 tarihli olgu bildirimleri verilebilir (91). 1962’den itibaren Hilde Bruch’un bulimiya ile ilgili yazıları literatürde yerini almaya başlamıştır. 1979’da Russell, bulimiya nervozayı ayrı bir durum olarak tanımlamıştır (87).

2.5.2. Epidemiyoloji

Türkiye’de psikiyatri kliniklerinde AN’ye göre daha az, ancak batı toplumlarında bunun aksine yeme bozuklukları içinde daha fazla görülen bir klinik tablodur (92). Yeme bozuklukları epidemiyolojisi üzerine 2003 yılında yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, BN için prevalans oranları genç kadınlarda ve genç erkeklerde sırasıyla %1,0 ve %0,1 olarak saptanmıştır (93). AN gibi BN de kadınlarda erkeklerden daha sık görülür ancak başlangıç yaşı genellikle anoreksiya nervoza’dan daha geç, ergenliğin sonları veya erken erişkinlikte (40, 92, 94).

Türkiye’de yapılan araştırmalarda ise Yeşilbursa’nın 14-19 yaş arası 1978 öğrencide yaptığı çalışmada BN kızlarda %4,3, erkeklerde %0,6 oranında bulunmuştur. Büyükkal ise 15-18 yaş grubu 800 öğrencide DSM-IV kriterlerine göre %3,0 oranında yeme bozukluğu saptamıştır. Bunların %70,0’i BN olup, tümünü kız öğrenciler oluşturmuştur (45,95). Finlandiya’da 14-16 yaş arasındaki 9000 ergenle yapılan bir çalışmada BN kızlarda %1,8, erkeklerde %0,3 oranındayken, katılımcıların %14,4’ünde herhangi bir bulimik yeme davranışı olduğu bulunmuştur (96).

2.5.3. Tanı Ölçütleri

1980 yılında DSM-III’te ”Çocukluk ve Adölesan Döneminde Ortaya Çıkan Bozukluklar” ana başlığı altındaki ”Yeme Bozuklukları” alt başlığı altında ”bulimi” olarak DSM III-R’de de ”bulimiya nervoza” olarak yer almıştır. DSM-IV ve DSM-V’te artık ayrı bir ana başlık olarak ‘Yeme Bozuklukları’ içinde son yerini almıştır.

Bulimiya Nervozanın DSM-V Tanı Ölçütleri: (27)

- A.** Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
 2. Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

- B.** Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.
- C.** Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
- D.** Kendilik değerlendirilmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.
- E.** Bu bozukluk, yalnızca AN dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

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

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

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

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

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

2.5.4. Klinik Özellikleri

BN'de tıkanırcasına yeme atakları ile bunu izleyen suçluluk duygusu ve kilo almayı engellemeye yönelik davranışların birbirini izlediği döngülerle karakterizedir. Kişi bir taraftan rahatlamak, öfkesinden kaçmak, yalnızlık, başarısızlık, yetersizlik algılarından kurtulmak, hayatını kontrol edebilmek için yemeğe sığınırken, öte yandan aldatici olan rahatlama döneminin bitmesi, yeni sorunların ve duyguların ortaya çıkmasıyla kısır bir döngü içine girer. Ataklar sırasında büyük miktarlarda besin tüketirler. Yağlı, şekerli, yüksek kalorili gıdalar seçerler. Yiyecekler genellikle kısa sürede aşırı miktarlarda, tıkanırcasına yenilir. Tipik bir bulimik atak çoğu hastada 30 dakika-1 saat sürer. Tıkanırcasına yeme atağı öncesi 24 saat aç durabilirler. Başlangıçta gerginlik duygusuna karşı bir rahatlama olur; fakat bu rahatlama kısa sürede suçluluk ve kendinden nefret, pişmanlık takip eder. Tıkanırcasına yemeleri kompanse etmeye yönelik binge periyot sonrasında egzersiz yapma ya da yemeği aşırı kısıtlama izlenir. Kilo kontrolü ve sıvı kaybı amaçlı emetik kullanımı, aşırı miktarlarda laksatif-diüretik kullanımı görülebilir. Kusma sıkıdır ve genellikle başlangıçta boğazı parmakla zorlayarak öğürme refleksini başlatırlar, bununla birlikte daha sonra toraks ve abdominal kasları kasarak istedikleri zaman kendiliğinden kusmayı öğrenirler. Yine tıkanırcasına yemelerini durdurmak için psikostimülanlar ve iştah azaltıcılar kullanabilirler. Bu davranışları yaparak tıkanırcasına yeme ataklarının getirdiği kilo alımını durdurduklarını düşünürler. Hastalar bulimik epizotlarını gizleme eğiliminde olduklarından, aşırı yeme ve kusma diğer aile üyeleri farkına varmadan yıllarca sürebilir ve aynı şekilde tedavi sürecinde klinisyenler de yanıltılabilir (51,22,97).

Aşırı yemek yenmesine rağmen genellikle bulimik hastaların kiloları normal sınırlarda dalgalanma gösterir. Çoğunluğu normal ağırlık aralığının üst sınırında ya da hafif kilolu olmalarına rağmen, ideal kilo olarak normal ağırlık aralığının alt sınırını tercih eder. Hastaların, yaklaşık %10'u belirgin şişmandır (22).

Çoğu hasta için tıkinma epizodu gerilim ve sıkıntıyı hafiflettiği için ödüllendirici bir davranış olabilir. Sık olarak, karmaşık, kişiler arası ilişkilerde sorunlar, impulsif davranışlar ve yüksek düzeyde anksiyete ve kompulsif davranışlar sergilerler. Kendilik kavramları iyi gelişmemiştir ve mizaç bozuklukları görülme sıklığı yüksektir. Madde ve

en yaygın olarak alkol kötüye kullanımı sıklığıdır. 1/4 hastada gıda, giysi ve mücevher en sık olmak üzere impulsif çalma sorunu görülür (21,98).

BN'nin dikkat çekici bir özelliği eşlik eden psikopatoloji bulunma oranının yüksekliğidir. En sık görülen eş tanımlı bozukluk yapılan çeşitli çalışmalarda %50-70 arasında hastayı etkileyen majör depresif bozukluktur (99). BN hastalarında duygudurum bozukluklarının, anksiyete bozukluklarının, madde kullanım bozukluklarının kontrollere göre daha sık olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (56,100).

Anorektiklerden farklı olarak bir takım zorluklarına rağmen genellikle sosyal ve iş yaşamlarında daha etkin rol oynarlar, kişiler arası ilişkiler kurabilirler. Anorektiklerin tipik kaşektik görünümüne karşın, bulimikler genellikle normal ya da normale yakın kilodadırlar (32).

2.5.5. Tıbbi Komplikasyonları

BN 'da ciddi tıbbi komplikasyonlar AN'ye göre genellikle daha azdır. Rölatif olarak beningdir ve mortalite oranı düşüktür. Tekrarlayan kusmalar, laksatif ve diüretik kötüye kullanımı çeşitli komplikasyonlara yol açabilir.

- 1. Böbrek ve elektrolit bozuklukları:** Kusma, diüretik ve laksatif kullanımı sonucu hipokalemik alkaloz gelişir. Oruç tutmak gibi davranışlar dehidratasyonu daha da artırarak hipokaleminin şiddetlenmesine neden olur. Kliniğe halsizlik güçsüzlük ve kardiyak arrest olarak yansıyabilir.
- 2. Kardiyovasküler bozukluklar:** İpeka ile kusurma kardiyomyopati gelişimine neden olabilir. İpeka zehirlenmesine bağlı prekordiyal bölgede ağrı, dispne, genel kas güçsüzlüğü, hipotansiyon, taşikardi gibi otonomik işlev bozukluğu ve aritmiler görülebilir.
- 3. Endokrin bozukluklar:** Anorektik bireylere nazaran daha az sıklıkta fertilité sorunları görülmekle beraber oligomenore, amenore, libido kaybı görülebilir.
- 4. Metabolik bozukluklar:** Kilo dalgalanmaları sonucu deri turgor değişiklikleri, ödem; yorucu egzersizler sonucu proksimal güçsüzlük, kas krampları, kemik

ağrısı, iskelet gelişiminin durması, boy kısalığı, patolojik stres kırıkları görülen komplikasyonlar arasındadır.

- 5. Gastrointestinal sistem bozuklukları:** Bulimik hastalarda gastrointestinal sistemin her bölümünde komplikasyon gelişebilmektedir. Özefagusta hafif özefajitten hayati tehdit edebilen özefajial rüptürlere varan patolojiler gelişebilir. Mallory-Weis yırtıkları ile gastrointestinal sistem kanamaları gelişebilir. Dehidratasyon ve hipokalemi konstipasyona neden olmakta, alınan laksatifler peristaltizmi artırıp gastrointestinal sistem kanamalarına, malabsorbsiyona, neden olabilir (101).

2.5.6. Prognoz

BN, prognoz açısından AN'ye göre daha değişken bir yapıya sahiptir. BN'de AN'ye göre tam iyileşme oranları daha yüksek, mortalite oranları daha düşüktür. 2009 yılında yapılan bir gözden geçirme çalışmasında BN'nin ortalama kaba ölüm hızı %0,32 olarak bildirilmiştir (102).

Erken yaşta başlangıç, aşırı yeme nöbetlerinin ve kusmanın sık olması, dürtü kontrol sorunlarının olması, sınır özellikler olması, beden ağırlığı ile aşırı uğraşlar olması ve anoreksi eğilimi olması, eş tanı olması ve benlik saygısının düşük olması gibi etkenler iyileşmeyi zorlaştırdığı saptanmıştır. Bulimiyada kişilik bozukluklarının olması tedaviyi oldukça güçleştirmektedir (68,98,101).

İki yıl ve üzerinde sürmüş izlem çalışmaları incelendiğinde, çalışmaların çoğunda hastaların %50'sinin remisyona sonlandığı görülmüştür. Retrospektif kısa süreli takip çalışmalarında, bulimik davranışların zamanla düzeldiği buna rağmen, hastaların %20'sinde bulimik semptomlarının yerleştiği, %30'unun ise remisyona ve relapslarla gittiği bildirilmiştir (68,101,103).

2.5.7. Tedavi

AN'de olduğu gibi BN'nin tedavisi için de temel bir tedavi yaklaşımı henüz belirlenmemiştir. BN'nin tedavisinde her bir hastanın durumu bireysel olarak ve ayrıntılı bir biçimde ele alınarak değerlendirilmeli ve hastanın sorunlarına göre tedavi planlanmalıdır. Meta analizler BN'

li hastalarda, kognitif davranış tedavisi, diğer psikoterapiler, antidepresan ilaçlar ve bu tedavilerin kombinasyonunun yararlı olduğunu göstermektedir (104,105).

Komplikasyon göstermeyen BN hastaları yatırılarak tedaviye gerek duyulmamakla birlikte hastada aşırı yeme ve kusmaya bağlı olarak elektrolit dengesinde bozulma, metabolik bozukluklar veya intihar girişimi, madde bağımlılığı gibi diğer psikiyatrik sorunlar, hastanın aşırı yeme nöbetlerinde ileri derecede kontrolsüzlük söz konusu ise, hasta ile tedavi işbirliği kurulamıyorsa yatırılarak tedavisi gereklilik kazanır (92).

Kognitif davranış tedavisi bu hastalarda en etkili özgünleşmiş psikoterapidir (106). 35 kontrollü psikososyal çalışmada en etkili tedavi yöntemi olduğu görülmüştür. 16-12 haftalık tedavi sonunda hastaların yaklaşık %40-50'si tıkinma ve çıkarmayı bırakır. Genelde %70-95 oranında tıkinma ve çıkarmada hafifleme olur. Tedavi sonrasında hemen düzelmeyen %30 hasta tedaviden 1 yıl sonra tamamıyla düzelir. Depresif bozukluk da varsa, depresyon hafifler (21). Bu psikoterapi yönteminde kişi bulimik davranışa yol açan düşünce ve hisleri arasındaki ilişkiyi anlamaya başlar ve kendisini yeme bozukluğuna sevk eden düşünce ve hisleri tanır. Kişi yemeyle ilgili kaygı durumuyla baş eder hale gelir ve vücut yapısını algılamasındaki negatif düşüncelerden kurtulmaya başlar (107). Bu açıdan kognitif davranış tedavisi, bulimia nervozada, basit davranış tedavisi ve kişiler arası psikoterapiye göre daha etkilidir (108,109). Rastgellenmiş bir çalışmaya göre Maudsley metoduyla yapılan aile terapisi bulimia nervozalı adolesanların tedavisinde destekleyici psikoterpiye göre daha etkilidir (110).

BN tedavisinde, farmakoterapiden elde edilen sonuçlar, AN'ye göre daha ümit verici bulunmuştur ve bu konuda en çok antidepresanlar üzerinde çalışılmıştır (111). Birçok çalışma bulimia nervozalı hastalarda fluoksetin tedavisinin etkili olduğunu göstermiştir (112,113). Çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada, 382 hasta rastgelleme yöntemiyle sekiz hafta boyunca günlük 20 mg veya 60 mg fluoksetin ya da plasebo alacak şekilde gruplandırılarak izlenmişlerdir (113). Çalışmada düşük doz fluoksetin alanlarda dahi plasebo grubuna göre aşırı yeme ve sonrasında kusma sıklığında belirgin azalma saptanmıştır. Günlük 60 mg fluoksetin alanlardaki iyileşme daha da büyüktür (aşırı yemede %67, kusmada %56 azalma). Bununla birlikte daha güvenilir ve daha az

yan etkili oldukları için fluoksetin gibi seçici serotonin geri alım inhibitörleri tedavide ilk seçenek olmaktadır.

Antidepresanlar ve psikolojik tedavilerin kombinasyonunun remisyona sağlamada en iyi seçenekler olduğu ve bulimiyalı hastaların tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılacakları bildirilmektedir (114). Ayrıca bulimik hastaların tedavisinde beslenme uzmanlarına danışılması da yararlı olmaktadır. Bulimiyalı hastalarda bağırsak motilitesi yavaşlamıştır (115). Bu nedenle metoklopramid gibi motiliteyi artırıcı ajanların kullanımı konstipasyon ve bulantı gibi semptomların hafifletilmesini sağlar. Semptomlar kilo alımıyla da ortadan kalkabilir (116).

2.6. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA-YB)

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu diğer yeme bozuklukları ile açıklanamayan, diğer yeme bozukluklarının tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluk türüdür. Bu bozukluğun 6 tipte örneği bulunmaktadır; birinci örneği bayanlarda bireyin düzenli menstrasyonlarının olması dışında AN'nin bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır. İkincisi; belirgin bir kilo kaybının olmasına karşın, kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarında olması dışında AN'nin bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır. Üçüncüsü; tıknırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici düzeneklerin haftada 2 kereden daha az bir sıklıkla ya da 3 aydan daha kısa süreli olarak ortaya çıkması dışında BN'nin bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır. Dördüncüsü; olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmasıdır. Beşincisi; büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme ancak yutmama davranışdır. Sonuncusu tıknırcasına yeme bozukluğudur; düzenli olarak BN'ye özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıknırcasına yeme epizotlarının olmasıdır (38). DSM-V'de eklenen yeni bozukluklardan ise aşağıdaki başlıklar altında bahsedilmektedir.

2.7. Pika

DSM-IV içerisinde "bebek ya da küçük çocukların beslenme ve yeme bozuklukları" başlığı altında yer almaktadır (38). DSM-V-TR de ise beslenme ve yeme bozuklukları başlığı altında yer almıştır (27).

Pika DSM-V Tanı Kriterleri

- A. En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
- B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
- C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. Anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk), otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Pika için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır. Pika daha çok çocuklarda görülen, yenilebilir olmayan (toprak, kâğıt, kireç, dışkı, taş, saç, kurşun, yanmış kibrit, çiğ patates gibi) yiyeceklerin yenmesi durumu ile ortaya çıkan bir bozukluktur (117).

Genellikle otistik ve zihinsel özürlü çocuklarda en sık görülen yeme bozukluğudur. Kurşun zehirlenmesi, anemi, beslenme bozuklukları, barsak parazit hastalıkları ve barsak tıkanması gibi sorunlara yol açabilir. Dışkı yemeninde pikanın bir çeşidi olduğu ve ağır psikozlarda, deliryumda, demans olgularında görülebildiği bildirilmiştir (118).

Etiyolojisinde psikolojik, kültürel ve biyolojik etmenlerin üzerinde durulmaktadır. Psikolojik yaklaşımlar arasında en çok öne çıkan pikanın öğrenilmiş bir davranış olduğuna yönelik varsayımlardır. Çevresel yoksunluk, ebeveyn psikopatolojisi, anne yoksunluğu, ihmal ve fiziksel istismar, ebeveyn çocuk etkileşiminde yetersizlik, düşük sosyoekonomik düzey ve kültürel özellikler gibi etmenlerin pikaya yol açabileceği düşünülmektedir. Başta demir ve çinko olmak üzere mineral eksikliği pika ile ilişkili bulunmakla birlikte bunun bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu konusu halen tartışmalıdır (118).

2.8. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

DSM-V-TR tanı ölçütleri:

- A. En az bir ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.
- B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. Gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.
- C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişin sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. Anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Geri çıkarma (geviş getirme)bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır. Ruminasyon gıda ya da içeceklerin alınmasından sonraki birkaç dakika içinde başlar ve bir iki saat boyunca sürer (119). Çoğunlukla küçük çocuklarda ve mental retardasyonu olan bireylerde görülmesine karşın giderek artan sayıda zihinsel gelişimi normal ergen ve erişkin olguya rastlanmaktadır (120).

2.9. Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

DSM-V-TR'ye göre tanı ölçütleri:

- A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun)eşlik ettiği, uygun beslenme ve/ya da erke (enerji) gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yemeye ya da yiyeceklere karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duyuşal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma).
1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması).
 2. Belirgin bir beslenme eksikliği.
 3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma.

4. Ruhsal-toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi.
- B.** Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.
- C.** Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur.
- D.** Bu yeme bozukluğu, eş zamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

2.10. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

DSM-IV'te yeme bozuklukları bölümünde ayrı bir tanı olarak bulunmayan "tıkınırcasına yeme bozukluğu", DSM-IV'ün ekler bölümünde araştırma tanı ölçütlerine yer verilmiştir. DSM-V'te ise bir tanı olarak, tanısız ölçütler kitabına eklenmiştir (27).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, kontrol kaybı hissi ve düzenli telafi davranış mekanizmalarının yokluğunun olduğu ve ısrarcı yeme ataklarıyla karakterizedir.

DSM-V-TR tanı ölçütleri:

- A.** Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
 2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması(örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

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

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

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

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca BN ya da AN'nin gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir, haftada birden azdır.

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi tıkınırcasına yemenin sıklığına göre belirlenir(aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: ortalama haftada bir-üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

Orta derecede: ortalama haftada sekiz-on üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

Aşırı düzeyde: ortalama haftada on dört ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olması.

BN'den ayıran en önemli nokta kendini kusturma, laksatif kullanımı gibi kompensatuar davranışlar olmadan tıkanırcasına yemendir (121). Genel toplumda TYB, AN ve BN'den daha sık görülmekte olup yaşam boyu prevalansının kadınlarda %3,5 ve erkeklerde %2 olduğu saptanmıştır (92).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu sıklıkla şişmanlıkla birlikte. Kilo verme programına katılan şişman kişilerin %23-46'sında TYB olduğu belirlenmiştir. Ayrıca TYB olan bireylerde disfori, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları, kendilerini etkisiz bulma ve borderline kişilik özelliklerine TYB olmayan obez kişilerden ve normal kilolulardan daha sık rastlanmaktadır (122).

Bozukluğun seyri ile ilgili çalışmalar TYB'nin BN ile karşılaştırılabilir düzeyde kroniklik, mortalite oranı, psikiyatrik eş tanı oranı, uzun süreli tedavi gereksinimi sergileyen önemli bir bozukluk olduğunu ortaya koymuştur (123).

2.11. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, "tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu" diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn.'düşük sıklıkta bulimiya nervoza'). "Tanımlanmış diğer" adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

- 1. Değişik tür (atipik) anoreksiya nervoza:** Belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında anoreksiya nervoza için bütün tanı ölçütleri karşılanır.
- 2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli):** Tıkanırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama, haftada bir kezden

daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında bulimiya nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanır.

- 3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli):** Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kezden daha az ve /ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütleri karşılanır.
- 4. Çıkarma bozukluğu:** Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için, tıkınırcasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn.kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren (laksatif) ilaçların, idrar söktürücü (diüretik) ilaçların yada başka ilaçların yanlış yere kullanımı).
- 5. Gece yemek yeme bozukluğu:** Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri. Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/ya da işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, tıkınırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna ya da bir ilacın etkisine bağlanamaz (27).

2.12. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel

nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır.

2.13. Obezite

Yeme bozuklukları yanında obezite de toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren, morbidite ve mortalite üzerine ciddi etkileri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şişmanlık (obezite), vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı veya anormal şekilde birikmesi olarak tanımlanmaktadır.

Obezitenin kolay ve yaygın kullanılan tanı ölçütü beden kitle indeksidir (BKİ). BKİ, kilogram cinsinden ölçülen beden ağırlığının, metre cinsinden ölçülen boyun karesine bölünmesi (kg/m^2) olarak tanımlanır. BKİ'nin 18,5-24,9 arasında olması normal iken; 25-29,9 arası kilolu, 30 ve üstündeki değerler ise obezite olarak kabul edilmektedir (124). Dünya Sağlık Örgütü'nün uluslararası obezite sınıflandırması tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo1. Dünya Sağlık Örgütü uluslararası obezite sınıflandırması.

Sınıflama	BKİ (kg/m^2)	
	Temel Kesişim Noktaları	Geliştirilmiş Kesişim Noktaları
Zayıf (Düşük Ağırlıklı)	<18,50	<18,50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16,00	<16,00
Orta düzeyde zayıflık	16,00-16,99	16,00-16,99
Hafif düzeyde zayıflık	17,00-18,49	17,00-18,49
Normal	18,50-24,99	18,50-22,99
		23,00-24,99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	$\geq 25,00$	$\geq 25,00$
Şişmanlık öncesi(pre-obez)	25,00-29,99	25,00-27,49
		27,5-29,99
Şişman (obez)	$\geq 30,00$	$\geq 30,00$
Şişman 1.derece	30,00-34,99	30,00-32,49
		32,50-34,99
Şişman 2.derece	35,00-39,99	35,00-37,49
		37,5-39,99
Şişman 3. derece	$\geq 40,00$	$\geq 40,00$

Obezitenin etiyolojisinde biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel birçok faktör rol almaktadır. Obezite ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Obezite ile ilişkili olduğu düşünülen kronik hastalıklar, koroner kalp hastalığı, hiperlipidemi, diyabet, solunum hastalıkları, ortopedik hastalıklar olarak sıralanabilir. Kadınlarda abdominal obezitenin infertilite, hiperandrojenizm, adet bozuklukları, polikistik over sendromu gibi ovulatuvar disfonksiyona neden olabileceği de bilinmektedir (125). Obezite insan sağlığını tehdit eden ve tedavisi multidisipliner yaklaşımla mümkün olabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur (126).

2.14. Benlik Saygısı ve Yeme Bozuklukları

Benlik saygısı, kişinin kendine saygı duyması kadar kendine güven duyması kendini benimseyip değer vermesi, kendini beğenmesi, onaylaması, kendisinden hoşnut olması, kendini olumlu ve sevilmeye değer bulması gibi pek çok kavramla ifade edilmektedir (127,128). Başka bir tanımda ise, benlik saygısını bireyin kendine atfettiği olumlu ya da olumsuz değer olarak ifade etmektedirler (129). Benlik saygısı yüksek olan bireylerin kendilerine karşı olumlu bir tutum içinde oldukları ve kendilerini değerli olarak algıladıklarını, benlik saygısı düşük olan bireylerin ise kendilerini reddettikleri, kendilerine karşı olumsuz bir tutum içinde oldukları, küçük gördükleri ve kendilerinden memnun olmadıklarını belirtmiştir (129,130). Benlik saygısını tanımlayan bu özelliklerin tümü, bireyin sağlıklı bir kişilik geliştirmesinde çok önem kazanmaktadır (131).

İştah, gıda alımı ve beden ağırlığı gibi fizyolojik özelliklerin, beden imajı ve benlik saygısı gibi psikolojik özelliklerle karmaşık bağlantıları vardır (132). Çalışmalarda düşük benlik saygısı yeme bozukluklarının gelişimi için önemli bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (133,134).

Düşük benlik saygısı yeme bozukluklarında sık karşılaşılan bir belirtidir. Silverstone düşük benlik saygısının yeme bozukluklarında sık karşılaşılan bir belirtiyi olduğunu ve bu belirtinin hem AN hem de BN'de görüldüğünü belirtmiştir (11). Silverstone, kuramında kronik düşük benlik saygısının yeme bozukluğu gelişiminde bir ön koşul olduğunu, kronik düşük benlik saygısının yeme bozuklukları etiyolojisinde geçerli olan birçok faktörün ortak nihai yolu olduğunu öne sürmüştür ve bu temelde

yeme bozukluğunu kronik düşük benlik saygısının bir belirtisi olarak değerlendirmektedir (11). Araştırmalarda bu varsayımı destekleyen bulgular saptanmıştır: Sağlıklı kontrollere göre yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısı daha düşük bulunmuştur ve düşük benlik saygısının yeme bozuklukları için büyük risk oluşturduğu belirtilmiştir (133,135).

Jacobi ve arkadaşları, AN hastalarında sağlıklı kontrollere göre benlik saygısının daha düşük olduğunu ya da AN hastalarının daha olumsuz bir benlik kavramına sahip olduklarını bildirmiştir (136). Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu semptomlarındaki azalmanın en kalıcı belirleyicilerinden birinin benlik saygısındaki artış olduğu gösterilmiştir. Dolayısıyla yeme bozukluğunun tanı ve tedavi sürecinde benlik saygısını yükseltmeye yönelik terapilerin yapılması önerilmektedir (137). 51 BN hastasında tedaviden 18 ay sonra yapılan değerlendirmede benlik saygısı düzeyinin tedavi öncesindeki düzeyden anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir (138). İsveç'te 16-25 yaşları arasındaki 38 kadın AN hastasında tedaviden 3 ay sonra benlik saygısı düzeyinin tedavi öncesindeki düzeyden anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır (139).

Obez bireylere yönelik psikolojik desteğin temelinde benlik saygısının geliştirilmesi yer almaktadır. Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve kabul etmesi, kendine saygı duyması olarak ifade edilebilir. Bu sayede kişi kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul eder (140).

Literatürde yer alan çalışmaların ağırlıklı bir kısmı erişkinlerde BKİ ve benlik saygısı arasında ters bir ilişki olduğunu göstermekle beraber(122,141,142), böyle bir ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (143,144).

3.0. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmamız Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin yeme tutumları değerlendirilerek bu duruma eşlik eden benlik saygısı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesinde 15.01.2016-15.07.2016 tarihleri arasında öğrenim gören, çalışma hakkında bilgilendirilip çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin dâhil edildiği tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.3. Araştırma Grubu

Çalışma grubunu 15.01.2016- 15.07.2016 tarihleri arasında öğrenim gören 18 yaş ve üzerinde olmak, araştırmaya katılmayı kabul eden Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesi kampüsündeki 1, 3, 6. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

Evreni temsil edecek örnekleme belirlemede hedef kitledeki popülasyon sayısı 700 civarı olduğu tespit edildi. %95 güven aralığında %5 hata payı ile hedef kitledeki popülasyon sayısı 700 civarı kabul edildiğinde;

Hedef kitledeki birey sayısı biliniyorsa: $n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{[d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q]}$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p: incelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı; Literatürde farkındalık düzeyi yaklaşık %20 idi)

q: incelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.

Sonuçların %95 güvenilirlik aralığında (alfa = 0.05), d = 0.05 örnekleme hatası içerebileceği kabul edildi.

$$p = 0.2$$

$$q = 0.8 (1-0.2)$$

$t = 1,96$ (alfa = 0.05 de serbestlik derecesine göre tablodan bulunmuştur.

$$d = 0.05 \text{ (alfa \%5 örnekleme hatasını kabul ettiğimiz için)}$$

$n = 182$ kişi olarak bulunmuştur.

Ondokuz Mayıs tıp fakültesi 1, 3, 6. sınıf öğrencileri çalışma grubu olarak seçilmiş ve 475 öğrenciye anket uygulanmıştır. (Ek-1) Ancak 20 öğrenci dağıtılan formları teslim etmediğinden, 15 öğrenci ise formları eksik doldurmaları nedeniyle çalışma dışı bırakılmışlardır. Formları eksiksiz dolduran 440 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Öğrencilerin çalışmaya katılımı %92 oranındadır.

3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınarak başlatılan bu çalışma gönüllük esasına dayanmakta olup, çalışmaya alınan bireylerden Helsinki Bildirgesi'ne göre onay alınmıştır. (Ek-2)

Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere 3 bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde kişiye ait sosyodemografik sorular içeren anket formu, ikinci bölümünde yeme alışkanlıklarını belirlemek için Yeme Tutum Testi (Eating Attitudes Test: EAT-40) ve üçüncü bölümünde ise benlik saygılarını ölçmek için "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" (RBSÖ) uygulanmıştır. Anket formu kendilerine verilerek yanıtlamaları istenmiştir. Sosyodemografik form literatür taranarak saptanan risk faktörlerine göre oluşturulmuştur. Sosyodemografik formda yaş, cinsiyet, boy, kilo, yaşadığı ve yetiştiği yer, sigara ve alkol kullanım durumu, ailenin maddi durumu, anne baba kilo durumu, egzersiz yapıp yapmadığı, bilgisayar ve televizyon karşısında geçirilen süre, diyet yapma durumu, hastalık durumu, tercih ettiği yemekler sorgulandı. Ailenin sosyoekonomik düzeyi çok iyi, iyi, orta, kötü olarak kişinin algısını sorgulamaya yönelik sorulmuştur.

1. Yeme Tutum Testi

Yeme bozukluğu olan hastaların yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını, normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları ölçmektedir. YTT'nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmektedir. David M. Garner ve Paul E. Garfinkel tarafından geliştirilmiştir (145). Toplam puanının düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Işık Savaşır ve Neşe Erol tarafından 1989 yılında yapılan YTT 40 maddeden oluşan ve maddelerin cevapları her zaman- hiçbir zaman arasında değişen altı noktalı çoktan seçmeli likert tipi bir ölçektir (146). Puanlama patolojik olarak uç noktalarda yer alan yanıtlara göre yapılmakta ve puanlar 0-3 arasında değişmektedir. Maddelerden 1, 18, 19, 23, 27, 39 numaralı sorular için bazen seçeneği 1 puan, nadiren seçeneği 2 puan ve hiçbir zaman seçeneği 3 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima 3 puan, çok sık 2 puan ve sık sık 1 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanır. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir (147). Türkçe versiyonunda YTT'nin kesim puanı 30 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Savaşır ve Erol'un çalışmasında 0.70 bulunmuştur. Toplam puanın düzeni psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkili olan YTT klinik düzeyde "hasta" kabul edilebilecek bireyleri saptayabileceği gibi, kişinin bu bozukluğa ne kadar yatkın olduğunda bir göstergesi olabilmektedir. YTT'de 30 puan ve üzeri bozulmuş yeme davranışını göstermektedir.

2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Araştırmada, benlik saygısı ölçümü için kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde güvenilirlik geçerlilik çalışması yapıldıktan sonra birçok araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Füsün Çuhadaroğlu tarafından 1986 yılında yapılmış olup, geçerlilik kat sayısı $r=0,71$ olarak bulunmuştur (148).

Test-tekrar test güvenilirlik yöntemi kullanılarak da güvenilirlik kat sayısı $r=0,75$ olarak saptanmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63

sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, on iki alt kategoriden oluşmaktadır. Rosenberg, istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabilceğini belirtmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak ölçeğin ilk 10 maddesi kullanılmıştır. Beş maddesi pozitif, beş maddesi negatif ifadelerden oluşan bu 10 maddelik ölçekte puanlama Guttman ölçekleme tekniğine uygun bir şekilde yapılmaktadır. “Çok Doğru”, “Doğru”, ”Yanlış” ve “Çok Yanlış” seçeneklerinin yer aldığı 4 dereceli likert türü bir ölçektir ve sorulardan beşi ters kodlanmıştır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre; 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3’den 0’a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0’dan 3’e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler bilgisayarda IBM SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences Version 20) programında değerlendirilmiş. Yüzdeler, sayı, ortalama, standart sapma, Ki-kare testi ve bağımsız örneklerde t test testleri kullanılarak karşılaştırma yapılmıştır. Çalışmada $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.0. BULGULAR

Araştırma dâhilinde demografik bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 440 üniversite öğrencisinin yaşları 18 ile 28 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $21,03 \pm 2,36$ yıldır. Kızların yaş ortalaması $21 \pm 2,28$, erkeklerin yaş ortalaması ise $21,07 \pm 2,45$ yıldır. Araştırmaya katılan 440 üniversite öğrencisinin %53,4'ü (n:235) kız, %46,6'ı (n:205) erkekti.

Tüm öğrencilerin içinde sigara içenlerin oranı %15,0 idi. Erkeklerin %24,9'unda, kızların %6,4'ünde sigara kullanımı mevcuttu. Sigara kullananların %22,7'si kız, %77,3'ü erkekti. Cinsiyetler arasında sigara alışkanlığı ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($X^2=29,375$; $p<0,001$).

Tüm öğrenciler içinde alkol kullananların oranı %26,1 bulundu. Kız öğrencilerin %20,4'ü, erkeklerin ise %32,7'si alkol kullanmaktaydı. Alkol kullananların %41,7'si kız, %58,3'ü erkekti. Cinsiyetler arasında alkol kullanımı ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($X^2=8,521$; $p=0,004$).

Tüm öğrencilerin %40'ı hiç egzersiz yapmadığını ifade etmekte olup, kız öğrenciler arasında bu oran %41,3 ve erkek öğrenciler arasında ise %38,5 idi. Egzersiz yapmayan grupta cinsiyetler arasında anlamlı farklılık yoktu. Öğrencilerin %28,4'ü düzenli olarak haftada 3 kez 30 dakika süreyle, %31,6'ı ayda 3-4 kez egzersiz yaptığını belirtti. Düzenli egzersiz yapan (haftada 3 kez 30 dakika) erkek öğrencilerin oranı %36,1 bulunurken; kız öğrencilerin sadece %21,8 düzenli egzersiz yapmaktaydı. Cinsiyetler arasında egzersiz süreleriyle ilgili istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($X^2=12,837$; $p:0,002$).

Aile sosyoekonomik düzeyini öğrencilerin %57,4'i yeterli, %42,6'sı yetersiz olarak bildirmiştir.

Araştırmaya katılanların %9,3'ünün ilaç kullanımı gerektirecek kronik bir hastalığı bulunmaktadır.

Anne-baba birlikteliği sorgulandığında anne-baba birlikte ve hayatta cevaplayanlar %91,6, anne-baba hayatta ve boşanmış olanlar %3,4, anne ve/veya baba ölü %5,0 olarak saptandı.

Anne ve baba kilo durumu sorgulandığında kilolu ebeveyn %49,2, anne ve baba normal kiloda %50,8 olarak bulundu.

Tüm öğrencilerin beden kitle indeksi ortalaması $22,55 \pm 3,46 \text{ kg/m}^2$ iken, kız öğrencilerin VKİ ortalaması $21,20 \pm 2,74 \text{ kg/m}^2$, erkek öğrencilerin ise $24,08 \pm 3,57 \text{ kg/m}^2$ olarak bulundu. Cinsiyetler arasında beden kitle indeksi ortalamaları bakımından anlamlı farklılık vardı ($X^2:42,153$; $p:0,000$).

Öğrencilerin beden kitle indeksi DSÖ sınıflamasına göre değerlendirildiğinde, %7,3'ünün zayıf, %74,1'inin normal kilolu, %15,5 'inin ise fazla kilolu, % 3,2'sininde obez olduğu belirlendi.

Tablo 2. Beden kitle indeksi ile bazı kategorik değişkenler arasındaki ilişki

BKİ	Zayıf <u>N(%)</u>	Normal <u>N(%)</u>	Kilolu/Obez <u>N(%)</u>	Toplam <u>N(%)</u>	İstatistik Değerler
Cinsiyet					
Kadın	28 (%11,9)	186 (%79,1)	21 (%8,9)	235 (%100)	$X^2:42,153$ p:0,000
Erkek	4 (%2)	140 (%68,3)	61 (%29,8)	205 (%100)	
Diyet yapma durumu					
Evet	9 (%4,2)	151 (%70,9)	53 (%24,9)	213 (%100)	$X^2:14,405$ p:0,001
Hayır	23 (10,2)	174 (%77,0)	29 (%12,8)	226 (%100)	
Egzersiz					
Hiç yapmıyor	17 (%9,7)	128 (%73,1)	30 (%17,1)	175 (%100)	$X^2:6,241$ $p:0,182$
Düzenli	5 (%4)	90 (%72)	30 (%24,0)	125 (%100)	
Ayda 3-4 kez	10 (%7,2)	107 (%77,0)	22 (%15,8)	139 (%100)	
Ebeveyn kilo durumu					
Kilolu	9 (%4,2)	148 (%68,5)	59 (%27,3)	216 (%100)	$X^2:24,412$ p:0,000
Normal	23 (%10,3)	177 (%79,4)	23 (%10,3)	223 (%100)	
Ailenin ekonomik durumu					
Yeterli	18 (%7,2)	188 (%74,9)	45 (%17,9)	251 (5100)	$X^2:0,087$ $p:0,958$
Yeterli	14 (%7,5)	137 (%73,7)	35 (%18,8)	186 (%100)	
Yetersiz					

BKİ' ye göre oluşturulan gruplar arasında cinsiyet, diyet yapma durumu, anne baba kilo durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktaydı (Tablo 2). Buna karşın egzersiz ve ailenin gelir durumu açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

YTT skorundan 30 ve üzerinde puan alan öğrenciler bozulmuş yeme davranışı olduğunu göstermektedir. Buna göre 34 kız öğrenci ve 20 erkek öğrenci olmak üzere toplam 54 (%12,3) öğrencide olası yeme bozukluğu olduğu belirlendi. Kız öğrenciler arasında YTT skorundan 30 puan ve üzerinde alanlar % 14,5, erkek öğrenciler arasında %9,8 bulundu. Yeme bozukluğu riski kız öğrencilerde daha fazlaydı. Fakat cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2:2,25$; $p:0,133$).

Öğrencilerin sigara ve alkol alışkanlığı, ailenin gelir durumu, ilaç kullanımı gerektirecek herhangi bir kronik hastalığının olma durumu, kaldığı yer, egzersiz, ebeveynlerin kilo durumu, BKİ, bilgisayar ve televizyon karşında geçirilen süre ile YTT'den 30 ve üzeri puan alan öğrenciler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Diyet yapma durumu ile YTT'den 30 ve üzeri puan alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2=9,087$; $p:0,003$). Diyet yapan öğrencilerde yeme bozukluğu riski artmaktadır.

Tablo 3. Yeme tutum testi ile bazı kategorik değişkenler arasındaki ilişki

Özellikler	YTT Puanı		İstatistiksel analiz
	<30	≥30	
Sigara			
Evet	61 (%92,4)	5 (%7,6)	X ² :1,591 p:0,207
Hayır	325 (%86,9)	49 (%13,1)	
Alkol			
Evet	103 (%89,6)	12 (%10,4)	X ² :488 p:0,485
Hayır	283 (%87,1)	42 (%12,9)	
Ailenin Ekonomik Durumu			
Yeterli	218 (%86,9)	33 (%13,1)	X ² :0,340 p:0,560
Yetersiz	165 (%88,7)	21 (%11,3)	
Ebeveyn Kilo Durumu			
Kilolu	187 (%86,6)	29 (%13,4)	X ² :0,499 p:0,480
Normal	198 (%88,8)	25 (%11,2)	
Kronik Hastalık			
Var	33 (%80,5)	8 (%19,5)	X ² :2,201 p:0,138
Yok	353 (%88,5)	46 (%11,5)	
BKİ			
Zayıf	31 (%96,9)	1(%3,1)	X ² :2,940 p:0,230
Normal	285 (%87,4)	41 (%12,6)	
Kilolu/Obez	70 (%85,4)	12 (%14,6)	
Egzersiz			
Hiç yapmıyor	157 (%89,7)	18 (%10,3)	X ² :1,685 p:0,431
Düzenli	110 (%88,0)	15 (%12,0)	
Ayda 3-4 kez	118 (%84,9)	21 (%15,1)	
Yaşadığı Yer			
Evde yalnız	48 (%80,0)	12 (%20,0)	X ² :6,524 p:0,089
Öğrenci evi	92 (%90,2)	10 (%9,8)	
Ailesi ile	114 (%91,9)	10 (%8,1)	
Yurt	132 (%85,7)	22 (%14,3)	
Bilgisayar/TV süresi			
Hiç	40 (%90,9)	4 (%9,1)	X ² :1,382 p:0,710
1-2 saat	187 (%88,6)	24 (%11,4)	
3-4 saat	116 (%86,6)	18 (%13,4)	
>5 saat	42 (%84,0)	8 (%16,0)	
Diyet Yapma Durumu			
Evet	177 (%83,1)	36 (%16,9)	X ² :9,087 p:0,003
Hayır	209 (%92,5)	17 (%7,5)	

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine göre %13,2 (n:58) benlik saygısı düşük bulunmuştur. Kız öğrencilerin %14,5 (n:34),

erkek öğrencilerin %11,7 (n:24) 'sinde benlik saygısı düşük bulunmuştur. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($X^2:0,729$, $p:0,393$) saptanmıştır.

Tablo 4. RBSÖ ile bazı kategorik değişkenler arasındaki ilişki

	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği		İstatistiksel Analiz
	Normal	Düşük	
Maddi Durum			
Yeterli	225 (%89,6)	26 (%10,4)	$X^2:4,350$ $p:0,037$
Yetersiz	154 (%82,8)	32 (%17,2)	
Yaşadığı Yer			
Evde yalnız	51 (%85,0)	9 (%15,0)	$X^2:0,304$ $p:0,959$
Öğrenci evi	88 (%86,3)	14 (%13,7)	
Ailesi ile	108 (%87,1)	16 (%12,9)	
Yurt	135 (%87,7)	19 (%12,3)	
Anne-Baba			
Birlikte-Hayatta	351 (%87,1)	52 (%12,9)	$X^2:0,641$ $P:0,726$
Boşanmış-Hayatta	12 (%80,0)	3 (%20,0)	
Anne veya Baba ölü	19 (%86,4)	3 (%13,6)	
BKİ			
Zayıf	27 (%84,4)	5 (%15,6)	$X^2:3,994$ $p:0,136$
Normal	289 (%88,7)	37 (%11,3)	
Kilolu/Obez	66 (%80,5)	16 (%19,5)	
YTT Puanı			
<30	340 (%88,1)	46 (%11,9)	$X^2:4,396$ $p:0,036$
≥30	42 (%77,8)	12 (%22,2)	

Öğrencilerin kaldığı yer, anne baba birlikteliği, BKİ ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Yeme bozukluğu riski saptanan öğrencilerde ailenin gelir durumu ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($X^2:4,350$; $p:0,037$). YTT ile RBSÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2:4,396$; $p:0,036$). Çalışmamızda öğrencilerde benlik saygısı arttıkça yeme bozukluğu riskinin arttığını bulduk.

5.0 TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu araştırmada tıp öğrencilerinde olası yeme davranışı bozukluğu değerlendirilerek bu durum ile benlik saygısı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan toplam 440 tıp öğrencisinin yaşları 18 ile 28 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $21,03 \pm 2,36$ yıldır. Kızların yaş ortalaması $21 \pm 2,28$, erkeklerin yaş ortalaması ise $21,07 \pm 2,45$ yıldır. Araştırmaya katılan 440 tıp öğrencisinin %53,4'ü (n:235) kız, %46,6'ı (n:205) erkekti.

Çalışmamızda yeme davranış bozukluğu "Yeme Tutum Testi" ile belirlendi. Çalışmamıza göre 34 kız öğrenci ve 20 erkek öğrenci olmak üzere toplam 54 (%12,3) öğrencide olası yeme bozukluğu olduğu belirlendi. Kız öğrenciler arasında yeme tutum testi skorundan 30 puan ve üzerinde alanlar % 14,5, erkek öğrenciler arasında %9,8 bulundu. Janout ve ark.'nın yaptıkları çalışmada öğrencilerin branşlarına göre EAT skorundan 30 puan ve üzerinde alan öğrenciler karşılaştırılmış. Bu çalışmaya göre Tıp öğrencilerinde %6,2, hemşirelik kolejinde okuyanlarda %9,2, kozmetik okulunda okuyanlarda %11,9, dansçı öğrencilerde %18,5, artistik patinaj öğrencilerinde %30, top jimnastikçilerinde %37,5 bulunmuştur (6). Bizim çalışmamız öğrencilerin bölümlerine göre planlanmamıştır. Ancak ileride yapılacak araştırmalarda değişik branşlarda öğrenim gören öğrencilerin EAT sonuçlarının karşılaştırılması düşünülebilir.

Toker ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'nda okuyan yaş ortalaması $21,4 \pm 1,61$ olan 372 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada EAT skorundan 30 puan ve üzerinde alanların oranı %4,83 olarak bulunmuştur (149).

273 hemşirelik öğrencisinde yapılan bir çalışmada %5,6, yine 816 bir grup üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada %5,0, yine 384 hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %4,2, 411 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada %5,0, 532 kadın üniversite öğrencisinde yapılan çalışmada %9,8 olarak olası yeme bozukluğu sıklığı saptanmıştır (150-154). 2010 yılında Maltepe Üniversitesi Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin olası yeme bozukluğu sıklığı %55,9 olarak bulunmuş (155). Yine başka bir çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

öğrencilerinde yapılmış olup çalışmaya 1000 öğrenci katılmış. Yaş ortalaması $18,9 \pm 1,3$ yıl olup %22,6 'sı Yeme Tutum Testi'nden 30 puan ve üzerinde almıştır (156).

Kadioğlu ve ark.'nın İstanbul'un Beşiktaş ilçesinde bulunan, Yüksek Öğretim Kurumuna bağlı bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören ve yaş ortalaması $21,08 \pm 1,65$ yıl olan 525 öğrencide yapılan çalışmada YTT skorundan 30 puan ve üzerinde alanların oranı %12,6 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızla benzerdir (157).

Türkiye'de yeme bozukluğuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamızla benzer sonuçlara rastlıyoruz. Baş ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %11,5'inde, İlhan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %13,7 ve Çelikel ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada %12,4'ünde olası bozuk yeme davranışlarına rastlanmıştır (10,158,159). Yine Ünal ve ark.'nın Erciyes Üniversitesi Atatürk sağlık yüksekokulunda öğrenim gören 272 öğrencide yaptıkları çalışmada YTT puanı 30 ve üzerinde olan yani yeme bozukluğu bulunma olasılığı olan öğrenci yüzdesi 14 bulunmuştur (160). Bu sonuçlarla bizim çalışmamız paralellik göstermekte olup, yeme bozukluklarının literatürde belirtildiği gibi giderek artmakta olduğunu göstermektedir. Bundan dolayı yeme bozuklukları risklerinin belirlenmesi, sıklığının saptanması ve eşlik eden faktörlerin belirlenmesi gençlerin yeme bozukluğuna karşı korunabilmesi yönünden oldukça önemlidir.

Genel olarak bakıldığında, Türkiye'de yapılan çalışmalarda olası yeme bozukluğu sıklığı açısından farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Bu farklılıkların, çalışmanın yapıldığı bölgelerin farklı olması, örneklem seçimi yöntemi, olguların kendini gizleme eğilimi gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmüştür (161).

Kız öğrenciler arasında yeme tutum testi skorundan 30 puan ve üzerinde alanlar % 14,5, erkek öğrenciler arasında %9,8 bulundu. Çalışmamızda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($X^2:2,25$, $p:0,133$) saptanmıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu çalışmalar mevcuttur (150,162).

Kadioğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada yeme tutum testi skorundan 30 puan ve üzerinde alan kız öğrenciler %12,8, erkek öğrenciler arasında %12,2 bulunmuş olup kız ve erkek öğrenciler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (157). Yine başka çalışmada Haliç Üniversitesi'nde farklı bölümlerde öğrenim gören

150 üniversite öğrencisinde yapılan çalışmada bireylerin cinsiyeti ile yeme tutum testi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (163). Literatüre baktığımızda sıklıkla kız öğrencilerin daha fazla risk grubunda olduğu bilgisi karşımıza çıkmaktadır (153,160,164-168).

Tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı %5-15 civarındadır. Olivardia ve arkadaşları gerçekte bu oranın daha yüksek olabileceğini fakat bazı etkenlerin bu konuda gerçek oranların saptanmasını engellediğini ve erkeklerde yeme bozukluklarının daha yüksek yaygınlıkta bildirilebileceğini söylemişlerdir. Bu etkenler arasında; yeme bozukluklarının kadınlara ve eşcinsel erkeklere özgü bir hastalık olduğu önyargısı, çalışma desenlerinin bu önyargıların etkisinde hazırlanması, erkeklerde ikincil amenore gibi dikkat çekici bir belirtinin olmaması, erkeklerin başvuruda isteksiz davranması sayılabilir (169). Ancak İlhan ve ark'nın yaptığı bir çalışmada da erkeklerde daha fazla olduğu bulunmuştur (159).

Bizim çalışmamızda tüm öğrencilerin içinde sigara içenlerin oranı %15, alkol kullananların oranı %26,1 olup sigara ve alkol kullanımı ile yeme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çelik ve ark'nın yaptığı çalışmada sigara ve alkol kullanımını yeme bozukluğu için bir risk etkeni olarak ele almış fakat çalışmanın sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (170). Yine Çukurova Üniversitesi'nde okuyan 636 kadın öğrencide yapılan bir çalışmada sigara ve alkol kullanımı açısından yeme bozukluğu olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (161). Leon ve arkadaşları yine yaptıkları çalışmada sigara ve alkol kullanımı ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur (171). Ünal ve ark.'nın, Keskin ve ark.'nın ve Arnik' in yapmış olduğu çalışmalarda sigara ile olası yeme bozukluğu ile ilgili anlamlı ilişki bulunmamıştır (155,160,172). Yine Toker ve ark'ın yapmış olduğu çalışmada yeme tutum düzeyleri sigara kullanımına bağlı olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuş olup alkol ile yeme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (149). Demir ve arkadaşları; alkol kullanımı açısından yeme bozukluğu olan grupla kontrol grubu arasında fark bulunmadığını bildirmişlerdir (173). Sigara ve alkol kullanımının yeme bozukluğu ile özgün bir ilişkisinin olmadığı söylenebilir.

Ailenin sosyoekonomik düzeyi yeterli ve yetersiz olarak kişinin algısını sorgulamaya yönelik sorulmakta olup %57,4'i yeterli, %42,6'sı yetersiz olarak bildirmiştir. Çalışmamızda sosyoekonomik düzey ile yeme tutum testi skorundan 30 puan ve üzerinde alan öğrencilerle anlamlı ilişki saptanmamıştır. Clopton ve arkadaşları, yeme bozukluğu olanların aile gelir düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi, böyle bir ilişkinin saptanmadığı çalışmaların da bulunduğunu belirtmiştir (174). Literatürde sosyoekonomik düzey ile yeme tutumu arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar olduğu gibi (46,160,161,164,167,170,175), anoreksiya nervozanın sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kişilerde daha sık görüldüğünü belirten araştırma bulgularına da rastlanmaktadır (147,176,177). Sonuç olarak literatürde de yeme bozukluğunun yüksek veya düşük sosyoekonomik düzeyle ilgili olabileceği öne sürülmüşse de, bu konu kesinlik kazanmış değildir (173). Yinede bizim çalışmamızda son dönemde zayıflığın yücetilmesi ve desteklenmesinin medya aracılığı ile tüm sosyoekonomik düzeydeki bireyleri etkilediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada spor durumu ile olası yeme bozukluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu sonuçlar Ünal ve ark, Siyez ve Uzbaşın, Keskin ve ark. yaptığı çalışma bulguları ile benzerdir (155,160,164).

Araştırmaya katılanların öğrencilerin %9,3 'ünde ilaç kullanımı gerektirecek kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Çalışmamızda kronik bir hastalığı olma durumu ile olası yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Olası yeme bozukluğu olanların kronik bir hastalığı olma durumu ile ilişkisini bildiren çalışmalar olduğu gibi (161,172), böyle bir ilişkinin saptanmadığı çalışmaların da bulunduğunu belirtmiştir (151,160). Literatürü incelediğimiz zaman yeme bozukluğunun obezite, diyabet, dispeptik yakınmalar gibi birçok sağlık problemi ile ilişkili olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (178-180). Bunun yanı sıra bizim popülasyonumuzun çoğunluğunu sağlıklı genç nüfus oluşturduğu için anlamlı ilişki çıkmamış olabileceğini düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda öğrencilerin kaldığı yere baktığımızda % 13,6'sı evde yalnız, %23,2'si arkadaşlarıyla birlikte öğrenci evinde, %28,2'si ailesi ile birlikte, %35'i de yurttadır. Kaldığı yer ile yeme tutum test skorundan 30 puan ve üzerinde alan öğrencilerle anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatüre baktığımızda bizim

çalışmamızla paralel çalışmalar mevcuttur (151,155,161,163,164,166,172). Ancak yayınlara baktığımızda yaşadığı yer ile olası yeme tutum bozukluğu arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (160,170,177,181,182). Ailesi ile birlikte yaşayanlara göre yurttan kalanlar düzenli beslenme imkanı yeterince bulamamaları nedeniyle, sorunlarla baş etmede aile desteğinin olmaması ve maddi sıkıntılarının daha fazla olması nedeni ile yeme bozukluklarının daha fazla görülmesi beklenebilecek bir durumdur.

Öğrencilerin beden kitle indeksi dünya sağlık örgütünün sınıflamasına göre değerlendirildiğinde, % 7,3 'ünün zayıf, % 74,1'inin normal kilolu, %18,6'sının fazla kilolu ve obez olduğu belirlendi. Yayınlara baktığımızda bizim çalışmamızla benzer ve yakın sonuçlara rastlamaktayız. Bir üniversite kampüsünde yapılan bir çalışmada % 20,8'i zayıf, % 68,4'ünün normal kilolu ve %10,8'inin ise normal üstü olarak saptanmıştır (172). Çelik ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada %8,1'inin zayıf, % 76,5'unun normal, %13,9'unun kilolu ve %1,6 'sının obez olduğunu bulmuşlardır (170). Yine üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada % 13,0 zayıf, %79,5 'u normal, %7,5'unun kilolu ve obez olduğunu bulmuşlardır (183). Başka bir Sağlık yüksekokulunda yapılan bir çalışmada %13,2'si zayıf, %72,2 'si normal, %11,9'u fazla kilolu ve %2,7'si obez olarak bulunmuştur (152). Literatürdeki çalışmalarda; zayıflık oranının şişmanlıktan yüksek bulunması bu dönemde öğrencilerin vücut görüntülerine ilgilerinin artması ve son yıllarda özellikle kadınlar arasında yaygınlaşan "ince vücut" görüntüsüne sahip olma akımına bağlanabilir. Diğer taraftan, öğrenciler arasında şişmanlığın düşük olması genel sağlık açısından olumlu bir durumdur. Bizim çalışmamızda beden kitle indeksi ile olası yeme tutumu bozukluğunu karşılaştırdığımızda anlamlı ilişki bulamadık. Bizim çalışmamızla benzer sonucu olan araştırmalar mevcuttur (155,163,166,170,172,184,185). Buna karşın literatürde beden kitle indeksi ile olası yeme tutum bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (10,153,160,167,183,186-188). Forman ve ark 'nın lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise yeme bozukluğu riskinin obez öğrencilerden çok, zayıf olan kişilerde daha fazla olduğunu bulmuştur (189). Siyez ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yeme tutumu testinden yüksek puan alanların normalden zayıf oldukları görülmektedir (164). Usta ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise öğrencilerin BKİ' nin yeme tutumu davranışını etkilediği, kilolu ve obez

olan öğrencilerin yeme tutum puanlarının normal kilolulara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş (150). Desai ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise lise öğrencilerinde yeme bozukluklarının görülme sıklığı ile aşırı kiloluluk ve obezite görülme sıklığı arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (190). Buna benzer bulguların elde edildiği çalışmalar literatürde bulunmaktadır (3,147,161,191,). Ünal ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ise normal kilolu olanların olası yeme bozukluğu oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş (160). Çalışma sonuçları arasındaki farklılıklar örneklem yaşlarının farklı olması, okudukları bölümlerin zorluk derecelerinin farklı olması ve kültürler arası farklılık ile ilişkili olabilir.

Bizim çalışmamızda öğrencilerin diyet yapma durumu ile olası yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2:9,087$; $p:0,003$). Diyet yapan öğrencilerde yeme bozukluğu riski artmaktadır. Kadioğlu ve ark' nin yapmış olduğu çalışmada yeme tutumu yönünden kilo vermeyi düşünen öğrenciler kilo vermeyi düşünmeyenlere göre daha riskli bulunmuş. Ayrıca diyet yapanlarda yapmayanlara göre riskli yeme tutumu oranı daha fazla bulunmuş (157). Literatürde de diyet yapma durumu ile olası bozuk yeme tutumları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten çok sayıda çalışma bulunmaktadır (152,155,166,192).

Çalışmamıza katılan üniversite öğrencilerinin Rosenberg benlik saygısı ölçeğine göre %13,2 (n:58) benlik saygısı düşük bulunmuştur. 2007-2008 de Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğine göre % 40,2'si düşük benlik saygısına sahip olarak bulunmuştur (193). Bizim çalışmamıza göre sonuç daha yüksek çıkmıştır. Bunda sınıf farklılığı ve bölüm farklılığı etkili olmuş olabilir. Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin genelde başarılı öğrenciler olması etkili olmuş olabilir. Çelik ve ark'nın yapmış olduğu bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinde Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğine göre % 5,2'sinde düşük benlik saygısı olduğu bulunmuş (170). Lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise %19 öğrencide düşük benlik saygısı olduğu bulunmuş (194). Yine internet üzerinden yapılan bir çalışmada katılımcıların %26,2'si düşük düşük benlik saygısına sahip olarak bulunmuş (195).

Kız öğrencilerin %14,5 (n:34), erkek öğrencilerin %11,7 (n:24)'sinde benlik saygısı düşük bulunmuştur. Çalışmamıza katılan üniversite öğrencilerinin Rosenberg benlik saygısı ölçeğine göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($X^2:0,729$; $p:0,393$) saptanmıştır. Yapılan ilgili çalışmalar incelendiğinde çelişkili bulgulara rastlamaktayız. Bazı çalışmalarda bizim çalışmamızı destekler çalışmalar mevcuttur (153,196-198). Farklı spor dallarıyla uğraşan 1445 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada Rosenberg benlik saygısı ölçeğine göre cinsiyetler arasında anlamlı ilişki olduğu ve kızların erkeklere göre daha düşük benlik saygısına sahip olduğu bulunmuş (199). Bunu destekler çalışmalar literatürde mevcuttur (194,195,200). Yine üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise kız öğrencilerin benlik saygısı erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (193). Yine yapılan bir çalışmada kızların benlik saygısı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (201).

Literatür incelendiğinde benlik saygısı düşük olan kişilerde olası yeme bozukluğu riskinin arttığı yaygın olarak bildirildiği görülmüştür (134,196,202,203). Yapılan başka bir çalışmada düşük benlik saygısı olan öğrenciler belirlenip izlenmiş ve üç yıl sonra bu grupta yeme bozuklukları oranı yüksek oranda olduğu izlenmiş ve düşük benlik saygısının yeme bozuklukları için büyük bir risk oluşturduğu belirtilmiştir (133). Canal ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yine düşük benlik saygısı YTT puanlarını en iyi yordayan değişkenlerden biri olarak bulunmuştur (204). Yine Türkiye'de üniversite öğrencilerinde Erol ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yeme bozukluğu belirtileri ile benlik saygısı arasında güçlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır (29). Tanrıverdi ve ark.'nın lise öğrencilerinde yapmış olduğu bir çalışmada yeme bozukluğu belirtileri ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olup düşük benlik saygısına sahip olan öğrencilerde olumsuz yeme tutum özelliklerine sahip olduğu saptanmıştır (137).

Türkiye'de kadın üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise benlik saygısı ile yeme bozukluğu belirtileri arasında ilişki bulunmasına rağmen bu değişkenlerin yordama gücü anlamlı olmadığı bulunmuştur (147). Yine üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise benlik saygısı, Türk kadınlarında yeme bozukluklarıyla ilişkili olmadığı bulunmuştur (153).

Bizim çalışmamızda ise düşük benlik saygısı ile yeme bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğu fakat literatüre göre ters ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda öğrencilerde benlik saygısı arttıkça yeme bozukluğu riskinin arttığını bulduk. Bunda yapılan öğrenci popülasyonunun farklı olması bölüm, yaş, farklılıkları etkili olmuş olabilir. Bulgularımızın başka çalışmalarla tekrarlanması gerekmektedir. Daha geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın önemli eksiklerinden biri, ölçeklerin uygulanışında katılımcılara aynı sırayla verilmesi öğrencilerin anket uygulaması sırasında sıkılmış olması etkili olmuş olabilir. Bu durumun sonuçlara etkisi bilinmemektedir. Kişisel bilgi formunda da öğrencilerin bildirdikleri şekilde ele alınan boy ve kilo bilgilerinin ölçümle kesinleştirilmemiş olması, öğrencilerin bilgisine dayalı olması diğer bir eksikliklerdir. Bu konuda yapılacak olan çalışmalarda boy ve kilo bilgilerinin ölçümlerle belirlenmesi bildirimle ilgili sorunların anlaşılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Vançelik S, Önal SG, AG, Beyhun E. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları ile ilişkili Faktörler. TAF Prev Med Bull. 2007; 6: 242-248.
2. Özyazıcıoğlu N, Gökdere Çınar H, Buran G, Ayverdi D. Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(2):34-40
3. Garibağaoğlu M, Budak N, Öner N, Sağlam Ö, Nişli K. Üç Farklı Üniversitede Eğitim Gören Kız Öğrencilerin Beslenme Durumları ve Vücut Ağırlıklarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi 2006;15(3) 173-80
4. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet 2003;361:407-16.
5. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. Am Fam Physician 2003; 67: 297-304.
6. Janout V, Janoutova G.: Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. Biomed Papers 2004; 148:89-193.
7. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk, Int J Eat Dis 2005;37: 2-9.
8. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparison. Arch Gen Psychiatry 1999;56(5):468-76.
9. Kuğu N, Akyüz G, Doğan O, Erşan E, İzgiç F. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısı, aile işlevleri, çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin araştırılması. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2002;10(3):255-66.
10. Çelikel FC, Cumurcu BE, Koç M, Etikan I, Yücel B. Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. Compr Psychiatry 2008;49(2):188-94.

11. Silverstone PH. Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Med Hypotheses* 1992;39(4):311-5.
12. Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adolesan dönemde obezite ve egzersiz. *İnsan Bilimleri Dergisi* 2011; 8: 963-77.
- 13.Şahin GT. 14-15 yaş grubu kız çocuklarında bazı antropometrik ölçümler ve bu ölçümleri etkileyen faktörlerin belirlenmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Ankara 2005.
14. Turnball S, Ward A, Treasure A, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry* 1996;165:705-712.
15. Beck D, Casper R, Andersen A. Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *International Journal of Eating Disorders* 1996;20: 389-395.
16. Bostic JQ, Muriel AC, Hack S, Weinstein S, Herzog D. Anorexia nervosa in a 7-year-old girl. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1997;18: 331-333.
17. Görgülü Y. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* 2013;10-25.
18. Garfinkel PE. Classification and diagnosis of eating disorders. *eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*, 2. Baskı, Fairburn CG, Brownell KD (ed), New York. The Guildford Press, 2002;155-161.
19. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med*, 2011;22: 153-60.
20. Kapudan H, Erol A. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi; *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* 2013;39-45
21. Maner F. Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 2001;5: 130-139
22. Fairburn CG, Brownell KD *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, Second Edition. New York, London, The Guildford Press. 2002;162-284.

23. Evcik Toprak D. Yeme Bozuklukları. Türkiye Klinikleri, 2014;5(6):68-77
24. Çepik Kuruoğlu A. Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000;10(1): 32-7.
25. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara, Golden Print Matbaası,2008; s.358-363.
26. Crisp AH. Anoreksixa nervosa. Br Med J (Clin Res Ed)1983;287;855-8.
27. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2014:171-179.
28. Oğlağı Z, Küey Ag, Tarihçe; Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı 2013;s3-9.
29. Erol A, Toprak G, Yazıcı F, Erol S. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri 2000;3(3):147-52.
30. Gull WW (1874) Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), Transactions of the Clinical Society of London 7:22-8 .
31. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. Klinik Gelişim Dergisi 2009;22 (4):39-44.
32. Kuruoğlu AÇ, Arıkan Z. Yeme bozuklukları. Psikiyatri, Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1995;3 (Ek 4):7-22.
33. Tolstrup K. Incidence and causality of Anorexia Nervosa seen in a historical perspective. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement 1990; 361: 1-6.
34. Silverman Joseph A. Historical Development Halmi K (ed.). Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Washington: American Psychiatry Press, 1992: 3-17
35. Lasegue Ch. De l' anorexie hysterique. Archives Generales de Medicine 1873;1: 384-403

36. Silverman JA. Anorexia Nervosa: Historical Perspective on treatment. In D.M. Garner, P.E. Garfinkel (ed.) Handbook of Treatment for Eating Disorders pp. 1997; 3-10, The Guilford Press .
37. Parry-Jones WL, Parry-Jones B, İmplications of Historical Evidence for the Classification of Eating Disorders. British Journal of Psychiatry 1994; 165:287-292.
38. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2001: 241-244.
39. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Strober M, Woodside DB, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Mauri M, Cassano G, Keel P, Plotnicov KH, Pollice C, Lilenfeld LR, Berrettini WH, Bulik CM, Kaye WH. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. American Journal of Psychiatry 2005;162:732–740.
40. Cinemre B. Yeme Bozuklukları: Epidemiyoloji ve Eşlik Eden Hastalıklar. Yeme Bozuklukları, Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999 ; 4(2): 137-154.
41. Kınık E. Ergen Hekimliğinde Yeme Bozuklukları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Ankara 1997: 22-30.
42. Currin L, Schmidt U, Treasure J. Time trends in eating disorder incidence. British Journal Of Psychiatry 186: 132 -135, 2005.
43. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anoreksia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry, 2006; 19:389-94.
44. Lucas AR, Crowson CS,O' Fallon WM ve arkadaşları. The ups and downs of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders 26: 397–405, 1999.
45. Yeşilbursa D. (1990): Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervosa, Bulimiya Nervosa ve Beden İmgesi Değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

46. Uzun Ö, Güleç N, Özşahin A, Doruk A, Özdemir B, Çalışkan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 123-126.
47. Kuğu N, Akyüz G, Doğan O, Ersan E, İzgiç F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:129-135.
48. Köroğlu E. Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı Ve Tedavi Klavuzları Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. 2009; 589-596.
49. Güleç Öyekçin D, Şahin ME. Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2011; 15(1):29-35.
50. Hoek HW. The Distribution of Eating Disorders. *Eating disorders and obesity*. Newyork: The Guilford Press, 1995: 207-211.
51. Beumont P.J.V. The Clinical Presentation of Anorexia and Bulimia Nervosa. In: *Eating disorders and obesity*. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:27: 151-158.
52. Öztürk O. Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev veya Yapı Bozuklukları II. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1994:354-362.
53. Koptagel-İlal G. Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi. *Yeme Bozuklukları*, İstanbul Üniversitesi Yayın No. 4211. Baskı AB Ofset Basın Yayın Matbaacılık İstanbul, 2000; 99-109.
54. Hekimsoy Z. Anoreksiya Nevroza Epidemiyolojisi, Klinik Özellikler ve Tanı. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics* 2009;2(3):7-13.
55. Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:547-562.
56. Keel PK, McCormick L. Diagnosis, assessment and treatment planning for anorexia nervosa. In C.M. Grilo, J.E. Mitchell. (Eds.) *The Treatment of Eating Disorders* pp.2010; 3-27, The Guilford Press, New York.

57. Sigel E. Eating disorders. *Adolesc Med* 2008; 19: 547-72.
58. Fairburn G.C. Physiology of Anorexia Nervosa. In: *Eating disorders and obesity*. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:44: 251-254.
59. Goldbloom D.S., Kennedy S.H.: Medical Complications of Anorexia Nervosa. In: *Eating disorders and obesity*. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:47: 266-269.
60. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of The literature. *Int J Eat Disord* 2005;37:S52–S59.
61. Misra M, Aggarwal A, Miller KK, Almazan C, Worley M, Soyka LA, et al. Effects of anorexia nervosa on clinical, hematological, biochemical, and bone density parameters in community-dwelling adolescent girls. *Pediatrics* 2004;114(6):1574-83.
62. Misra M, Klibanski A. Anorexia nervosa and osteoporosis. *Rev Endocr Metab Disord* 2006; 7(1-2):91-9.
63. Gaudiani JL, Sabel AL, Mascolo M. Severe Anorexia Nervosa: Outcomes from a Medical Stabilization Unit. *International Journal of Eating Disorders* 2010; 45: 85–92.
64. Miwa H., Nakanishi I., Kudame R, et al. Cerebellar Atrophy in A Patient with Anorexia Nervosa. *Int. J. Eating Disorders* , 2004; 36(2):238-241.
65. Sadock B, Sadock V. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8.Basım,2. Cilt (çev. Ed: H Aydın, A Bozkurt) Ankara, Güneş Kitabevi, 2007;s2002-2017.
66. Yıldız M. Anoreksiya Nervosa-II: Tedavi. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics* 2009;2(3):14-8
67. Hales RE, Yudofsky SC, *Essentials of Clinical Psychiatry*.2. Baskı. Washington DC. American Psychiatric Publishing. 2004; s:759-781)
68. Ünal F., Özusta Ş. Yeme Bozukluklarında Gidiş ve Sonlanım. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları* Ankara 1997: 69-76.
69. Steinhausen H.C. The Outcome of Anorexia Nervosa in 20th Century. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1284-1293.

70. Gürdal A. Anoreksiya Nervosa Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler. Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999; 4(2):243-255.
71. Polat A, Yücel B, Genç A, Meteris H. Bir Grup niversite ğrencisinde Yeme Davranışı zellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi; 2005; Cilt 42, sayı 1-2-3-4.
72. Yücel B, Anoreksiya Nervozada Yataklı Servis Tedavisi. Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı. 2013;s 149-158.
73. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. J Am Diet Assoc, 2006;106:2073-2082.
74. Schebendach JE. Nutrition in Eating Disorders, Krause's Food and the Nutrition Care Process,13. Baskı, Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL (Ed),USA. Elsevier Inc,2012: s.489-506.
75. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR ve ark. Anorexia nervosa, Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, cilt 1, SP Peter, M Hersen(Ed), New Jersey, John Wiley & Sons,Inc, 2012; s575-597.
76. Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM ve ark. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. J Nutr Metab. 010;2010.pii:625782.Epub 2010 Feb7.doi:10.1155/2010/625782.
77. Saka B, Çakmakcı Cİ, Anoreksiya Nervozada Temel Beslenme İlkeleri; Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı. 2013;s159-171.
78. Russell GFM, Szukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry 1987; 44: 1047-1056.
79. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2000; 41: 727-736.
80. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, Pike KM, Devlin MJ, Woodside B, Roberto CA, Rockert W. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association 2006; 295: 2605-2612.
81. Treasure J, Schmidt U. Anorexia nervosa. Clinical Evidence. 2005; 14: 1140-1148.
82. Mondraty N, Birmingham CL, Touyz S, Sundakov V, Chapman L, Beumont P. Randomized controlled trial of olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa. Australas Psychiatry 2005;13(1):72-5.

83. Vigersky RA, Loriaux DL. The effect of cyproheptadine in anorexia nervosa. In: Vigersky RA, ed. *Anorexia Nervosa*. New York: Raven Press; 1977. p.349-56.
84. Goldberg SC, Halmi KA, Eckert ED, Casper RC, et al. Cyproheptadine in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1979;134: 67-70
85. Halmi KA, Eckert E, LaDu TJ, Cohen J. Anorexia nervosa: treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(2):177-81.
86. Brenda PJ, William LI. Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *Int J Eat Disord*, 1991; 10: 129-143.
87. Russell GFM. Bulimia Nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 1979; 9: 429-48.
88. Parry-Jones B, Parry-Jones WL. Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*. 1991; 10: 129-143.
89. Nasser M. A prescription of vomiting: Historical footnotes. *International Journal of Eating Disorders*. (1993); 13: 129-131.
90. Boughtwood D. View to be thin: interrogating media's relationship to eating disorders through audience research. *Participations*. 2005;1(3) (<http://www.participations.org>).
91. Russell GFM. (1997): The history of bulimia nervosa. In: D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* pp.11-24, The Guilford Press, New York.
92. Güleç C, Köroğlu E. Canat S. *Psikiyatri Temel Kitabı; Yeme bozuklukları* 1998;s661-672.
93. Hoek HW. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J eat Disord*. 2003;34: 383-396.
94. Andersen A.E., Yağır J.: *Eating Disorders*. Kaplan H.I., Sadock B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry volume I eighth Edition*. 2005; Vol:1: 2002-2021.
95. Büyükkal M.B. *Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri*, Uzmanlık Tezi, İstanbul 1999.
96. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpela M, Rantanen P. Bulimia and bulimic behaviour in middle adolescents: more common than thought? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 100: 33-39.

97. Harold I. Kaplan, M.D. ,Benjamin J. Sadock, M.D Klinik Psikiyatri. Çeviri editörü Abay E.,2004:S;273-278.
98. Hales RE, Yudofsky SC. Essentials of Clinical Psychiatry. 2. Baskı. Washington DC. American Psychiatric Publishing. 2004; S.759-781.
99. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler HC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007;61: 348-358.
100. Sarı S. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumu ve çocukluk çağı psikolojik travmaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. 2012; Uzmanlık Tezi, Kocaeli.
101. Örsel SE, Erol A. Yeme Bozukluklarında Klinik Seyir ve Sonlanım. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*. 2014 s.139-146.
102. Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: finding from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry*, 2009;166:1331-41.
103. Fahy T.A. Russell G. F. M. Outcome and Prognostic Variables in Bulimia Nervosa. *Int.J.of Eating Disorders*. 1993; 14(2):135-145.
104. Whittal ML, Agras WS, Gould RA. Bulimia nervosa: a meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behav Ther* 1999; 30: 117-35.
105. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;CD003391.
106. Lewandowski LM, Geging TA, Anthony JL, O' Brien WH. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clin Psychol Rev* 1997;17(7):703-18.
107. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of out come in bulimia nervosa and the long-term effects of thre e psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(4):304-12.
108. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychi atry* 2000;57(5):459-66.
109. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychi atry* 2005;162(4):741-7.
110. le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(9):1049-56.

111. Keçeli F. Yeme Bozukluğu Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik Bozukluğu Uzmanlık Tezi İstanbul- 2006: 6-58.
112. Hughes PL, Wells LA, Cunningham CJ, Ilstrup DM. Treating bulimia with desipramine. A double-blind, placebo-controlled study. Arch Gen Psychiatry 1986;43(2):182-6.
113. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. Arch Gen Psychiatry 1992;49(2):139-47.
114. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. Am J Psychiatry 2006;163 Suppl 1:1.
115. Kamal N, Chami T, Andersen A, Rosell FA, Schuster MM, Whitehead WE. Delayed gastrointestinal transit times in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Gastroenterology 1991;101(5):1320-4.
116. Mehler PS. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. Ann Intern Med 2001;134(11):1048-59.
117. Bozan N. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin (DEBQ) Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması (Tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Programı; 2009.
118. Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed. 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2013; 281-286.
119. Thangavelu K, O'Brien P. Case report; recognizing first onset of rumination disorder in adults. Gen Hosp Psychiatry, 2006; 28: 446-7.
120. Fernandez S, Aspirot A, Kerzner B ve ark. Do some adolescent with rumination syndrome have 'supragastric vomiting'? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2010; 50: 103-5.
121. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. Current aile hekimliği tanı ve tedavi (çeviri: Kut A, Eminsoy MG). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014:112-9.
122. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar(Tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
123. . Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. International Journal of Eating Disorders 2008; 41: 577-586.
124. WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO consultation on Obesity. Geneva; 2001.

125. Diamanti-Kandarakis E, Bergiele A. The influence of obesity on hyperandrogenism and infertility in the female. *Obes Rev* 2001; 2: 231-8.
126. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E. Yeme bozuklukları ve obezite tanı ve tedavi kitabı. Ankara: Pelin Ofset Matbaacılık, 2013;s:291-310
127. Esenay, F.I. Üniversite öğrencilerinde Sağlık davranışlarının Sosyal destek ve Benlik Saygısı ile İlişkisinin İncelenmesi, 2002; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
128. Yüksekaya S. Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1995; Yüksek Lisans Tezi.
129. Lian, T.C, Family Functioning, Perceived Social Support, Academic Performance and Self-Esteem, *Pertanika J. Soc. Sei. & Hum.* 2008: 16(2): 285-299.
130. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-image*, Princeton University Press, Princeton, 1965.
131. İkiz F.E., Savi Cakar F. Perceived social support and self-esteem in adolescence, *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5 , 2010; 2338–2342.
132. Awad AG, Voruganti LN. Body weight, image and self-esteem evaluation questionnaire: development and validation of a new scale. *Journal of Psychology* 2003;70: 63-67.
133. Button EJ, Sonuga-Barke EJ, Davies J, Thompson M. A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *Br J Clin Psychol* 1996;35: 193-203.
134. Gual P, Pérez-Gaspar M, Martínez-González MA, Lahortiga F, de Irala-Estévez J, Cervera-Enguix S. Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders* 2002;31(3):261-273.
135. Williams GJ, Power KG, Millar HR ve ark. Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and selfdirected hostility. *Int J Eat Disord*, 1993; 14(1):27-32.
136. Jacobi C, Paul T, Zwaan M, Nutzinger D, Dahme B. Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *Journal of Psychology* 2002; 35: 204-211.
137. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kural E, Balık G. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2011;17(1):33-9.

138. Troop NA, Schmidt UH, Turnbull SJ, Treasure JL. (2000): Self-esteem and responsibility for change in recovery from bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review* 8(5):384-393.
139. Karpowicz E, Skarsater I, Nevenon L. Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing* 2009;18(5):318-325.
140. Ogden J, Evans C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20: 272-7.
141. Deveci A, Demet M, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 84-91.
142. Mond J, van den Berg P, Boutelle K, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study. *J Adolesc Health* 2011; 48: 373-8.
143. Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. [Basılmamış Uzmanlık Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2006.
144. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction of obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J Consult and Clin Psych* 1998; 66: 651-4.
145. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9: 273-279.
146. Savaşır I, Erol N. Yeme tutumu testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989;7(23): 19-25.
147. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(1): 48-57.
148. Çuhadaroğlu, F. Adölesanlarda Benlik Saygısı,[Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1986.
149. Toker D.E, Hocaoğlu Ç. KTÜ Trabzon Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Yeme Tutumu Ve Psikoaktif Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2009: 19:S161-S163.
150. Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H. Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Tutumları ve Obsesif-Kompulsif Belirtileri. (II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur. (13-16 Mayıs 2013, Sakarya Üniversitesi, Sakarya) (HSP 2015;2(2):187-197. doi: 10.17681/hsp.48687).

151. Ünsal A, Ayrancı Ü, Arslan G, Tozun M, Çalık E. Kütahya, Türkiye'deki erkek ve kız öğrenciler arasındaki depresyon ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2010; 11: 112-119.
152. Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2: 15-22.
153. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Psychological and physical correlates of disordered eating in male and female Turkish college students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006; 60, 551–557.
154. G. Elal, E. Sabol, and P. Slade .Abnormal eating attitudes and sexual abuse experiences in Turkish university women. *Eating Weight Disord*. 9: 170-178, 2004.
155. Keskin Y, Lüleci NE ve ark. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. *Maltepe Tıp Dergisi*. Cilt: 2 Sayı:2 Ekim 2010.s18-25.
156. Işık B, Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması, Uzmanlık Tezi-Bursa 2009.
157. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* Cilt: 5, Sayı: 2, 2015 / *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences* Volume: 5, Number: 2, 2015 - <http://musbed.marmara.edu.tr>.
158. Baş M, Aşçı HF, Karabudak E, Kızıltan G. Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish late adolescents. *Adolescence* 2004; 39: 593-599.
159. İlhan MN, Özkan S, Aksakal FN, Aslan S, Durukan E, Maral I. Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olan yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8: 151-155.
160. Ünal D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009; 16(2): 75-81.
161. Çelik S, Yoldaşcan EB, Okyay A, Özenli Y. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2016; 17: 42-50.
162. Büyüköztürk H, Çolak Ş, Görgülü F, Saraçoğlu E, Saraçoğlu İ, Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Tutumuyla İlişkili Faktörler.

163. Topkara G, Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları Ve Yetişkin Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İSTANBUL-2014.
164. Siyez DM, Baş AU. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki. New/Yeni Symposium Journal. Ocak 2009, Cilt 47, Sayı 1.s19-25.
165. Lindberg L, Hjern A. Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort Study. J Eating Dis; 2003; 34: 397–408.
166. Tural Büyük E, Duman G. Farklı Okullarda Okuyan Lise Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. The Journal of Pediatric Research 2014;1(4):212-7.
167. Altuğ A, Elal G, Slade P, et al.: The eating attitudes (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables. Eating Weight Dis 2000;5: 152-160.
168. Şanlıer N, Yabancı N, Alyakut Ö. An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. Appetite 51 (2008) 641–645.
169. Olivardia R, Pope HG Jr, Mangweth B ve ark. Eating disorders in collage man. Am J Psychiatry,1995; 152:1279-85.
170. Çelik S, Uğur BA, Aykurt FA, Bektaş M. Eating Attitudes and Related Factors in Turkish Nursing Students. Nurs Midwifery Stud. 2015 June; 4(2): e25479.S1-8.
171. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Keel PK, Klump KL. Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered Eating in adolescent girls and boys. J Youth Adolesc 1999; 28: 181-196.
172. Çelik Arnik M. Bir Üniversite Kampüsündeki Öğrencilerin Yeme Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul – 2009.
173. Demir T, Demir DE, Kayaalp ML, Büyükkal B. Yeme bozukluğu olan ergenlerin sosyodemografik, ailesel ve kişisel özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 1998; 9: 257-264.
174. Clopton JR, Haas HL, Kent JS. Family dynamics. JJ Robert-McComb (Ed.), Eating Disorders in Women and Children: Prevention, Stres Management, and Treatment. Boca Raton: CRC Press, 2001, p.165-177.
175. Wang Z, Byrne NM, Kenardy JA, et al. Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. Eating Dis 2004 ; 20(9):88-92.

176. Young EA, McFatter R, Clopton JR. Family functioning, peer influence, and media influence as predictors of bulimic behavior. *Eat Behav*; 2001; 2: 323-37.
177. McClelland L, Crisp A. Anorexia nervosa and social class. *Int J Eating Dis*; 2001; 29: 150–156.
178. Sim LA, Lebow J, Billings M. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics* 2013; 132:1026-1030.
179. Ng IS, Cheung KC, Chou KL. Correlates of eating disorder in middle-aged and older adults: evidence from 2007 British National Psychiatric Morbidity Survey. *J Aging Health* 2013; 25: 1106-1120.
180. Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. *Curr Diab Rep* 2013; 13: 289-297.
181. Şengul AM, Hekimoğlu Ş. Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu test puanları arasındaki ilişki. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2005; 20: 21-23.
182. Büyükgöze Kavaş A.: Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 305-310.
183. Akdevelioğlu Y, Gümüş H. Eating Disorders And Body Image Perception Among University Students. *Pakistan Journal of Nutrition* 9(12): 1187-1191,2010.
184. Oğur S, Aksoy A, Selen H. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi* BEU Journal of Science 5(1),14-26, 2016.
185. Ünsal A, Tozun M, Ayrancı Ü, Arslantaş D. Türkiye'nin Batısındaki Bir İlçede Lise Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Dirim Tıp Gazetesi* 2010: yıl: 85 sayı: 3 (100-112).
186. Moore F, Keek PK.: Influence of sexual orientation and age on disordered eating attitudes and behaviors in women. *Int J Eat Dis* 2003; 34: 370-394.
187. Vardar E, Erzen M. The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community-based study. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011;22(4):205–12.
188. Argyrides M, Kkeli N. Predictive factors of disordered eating and body image satisfaction in cyprus. *Int J Eat Disord*. 2015;48(4):431–5.
189. Forman- Hoffman V. High prevalence of abnormal eating and weight control practices among u.s. High-School Students. *Eating Behaviors* 2004; 5: 325-36.

190. Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health* 2008;57(1):109-14.
191. Roberts ME. Disordered eating and obsessive-compulsive symptoms in a sub-clinical student population. *New Zealand Journal of Psychology* 2006; 35(1): 45-54.
192. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA. Are Family Meal Patterns Associated With Disordered Eating Behaviors Among Adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 2004; (35): 350-359.
193. Filiz Z. Determining The Parenting Styles Of University Students Through Discriminant Analysis And Evaluating Its Relationship With Self Esteem *Journal of Theory and Practice in Education Eğitimde Kuram ve Uygulama* 2011, 7 (1): 124-14.
194. Pastore DR, Fisher M , Friedman SB. Abnormalities in Weight Status, Eating Attitudes, and Eating Behaviors Among Urban High School Students: Correlations with Self-Esteem and Anxiety. *Journal Of Adolescent Health* 1996;18: 312-319.
195. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türk Aile Hek Derg* 2015;19 (3): 122 – 128.
196. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology* ,2002;136:6, 581-596.
197. Ana R Sepulveda, Jose A Carrobes and Ana M Gandarilla. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health* 2008, 8:102.
198. McCabe MP, Vincent MA. The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2003; 11: 315–328.
199. Johnson C, Crosby R, Scott E et al. Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eating Behaviors* 5. 2004; 147–156.
200. Brechan I, Ingela Lundin Kvale. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors* 17 (2015) 49–58.
201. Maureen E. Shea, Mary E. Pritchard Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences* 42 (2007) 1527–1537.

202. Sepulveda A, Carrobles JA, Gandarillas AM. Associated factors of unhealthy eating patterns among Spanish university students by gender. *Span J Psychol* 2010;13(1):364-75.
203. Yang SJ, Kim JM, Yoon JS. Disturbed eating attitudes and behaviors in South Korean boys and girls: A school-based cross-sectional study. *Yonsei Med J* 2010;51(3):302-9.
204. Canals J, Carbajo G, Fernández J ve ark. Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence*, 1996;31(122): 443-450.



Ek-1

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUMLARI VE BENLİK SAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma OMÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütülmektedir. Veriler bilimsel ortamda toplanacak ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Anketlerle ilgili danışmak istediğiniz bir soru olduğunda elvan.sahin1@omu.edu.tr adresine mail atabilirsiniz.

O.M.Ü.T.F Aile Hekimliği A.D

Dr.Elvan ŞAHİN YANIK

- 1.Yaş: 2. Kilo: 3. Boy: 4. Doğum yeri:
5.Cinsiyet: K () E ()
6.Yaşadığınız yer: köy/kasaba () ilçe merkezi () il merkezi () büyükşehir ()
7.Yetiştirdiğiniz yer : köy/kasaba () ilçe merkezi () il merkezi () büyükşehir ()
8.Sigara kullanımı: kullanmam () 1-5 adet/gün () 6-10 adet/gün () 11-20 adet/gün () 1 paketten çok ()
9.Sigara kullanıyorsanız ne kadar süredir kullanıyorsunuz ? yıl () ay () gün ()
10.Alkol kullanıyor musunuz? Kullanmam () ayda 1-2 kez () haftada 1-2 kez () hergün ()
11.Egzersiz yapıyor musunuz?Hiç yapmıyorum () Düzenli haftada 3 kez 30 dakika () Ayda 3-4 kez ()
12. Bilgisayar ve TV karşısında geçirilen süre :Hiç () 1-2 saat () 3-4 saat () 5 saat ve üzerinde ()
13.Yaşadığınız yer : Evinde yalnız () Öğrenci evinde () Ailesiyle () Devlet yurdu () Özel yurt ()
14.Düzenli ilaç kullanmak zorunda olduğunuz bir hastalık var mı ? E () H ()
15.Hastalığınız varsa adını yazınız:

16.Anne ve baba kilo durumu:

Anne kilolu () Baba kilolu () Anne ve baba kilolu () Anne ve baba normal ()

17.Aile durumu :

Anne baba birlikte , canlı () Anne baba hayatta ve boşanmış olan () Anne ve / veya baba öldü ()

18.Ailenizin size göre maddi durumu nasıl? Çok iyi () İyi () Orta () Kötü ()

19.Hangi yemek/yemekleri tercih edersiniz? Sizin için en uygun seçenek/seçenekleri işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Öğrenci yemekhanesi					
Fast food					
Hamur işleri					
Hazır gıdalar					
Cips;kuruyemiş vb. gibi gıdalar					
Sebze					
Meyve					
Asitli içecekler					
Süt ve süt ürünleri					
Et ve et ürünleri					

20.Diyet yapıyor musunuz? E () H ()

21.Diyet yapıyorsanız hangi metodları kullanırsınız? Sizin için en uygun olan seçenek /seçenekleri işaretleyiniz.

	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Sadece dikkat ederim					
Sıkı diyet					
Laksatif kullanımı					
Kendi kendini kusturma					
Fiziksel aktivite					

YEME TUTUM TESTİ (EAT-40)

Lütfen aşağıdaki tablodan her soru için size en uygun olan yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz.

(1: daima 2: çok sık 3: sık sık 4: bazen 5: nadiren 6: hiçbir zaman)

	1	2	3	4	5	6
1.Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2.Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3.Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4.Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5.Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6.Aklım fikrim yemektedir.						
7.Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8.Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9.Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10.Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11.Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12.Ailem fazla yememi bekler.						
13.Yemek yedikten sonra kusarım						
14.Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15.Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16.Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17.Günde birkaç kere tartılırım.						
18.Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19.Et yemekten hoşlanırım.						
20.Sabahları erken uyanırım.						
21.Günlerce aynı yemeği yerim.						
22.Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23.Adetlerim düzenlidir.						
24.Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25.Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı)düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26.Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						

27.Lokantada yemek yemeyi severim.						
28.Müşhil kullanırım.						
29.Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30.Diyet(perhiz) yemekleri yerim.						
31.Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32.Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33.Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
34.Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35.Kabızlıktan yakınırım.						
36.Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37.Perhiz yaparım						
38.Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39.Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40.Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Lütfen aşağıdaki sorulara size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

a.ÇOK DOĞRU b.DOĞRU c.YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

Anketimiz bitmiştir, zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz...



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/75-508

14.10.2016

Sayın Yrd.Doç.Dr. Kürşat ŞAHİN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Samsun ondokuz mayis üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin yeme tutumları ve benlik saygısının değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2016/53 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergese göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 11.02.2016 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı