



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR ÜNİVERSİTE KAMPÜSÜNDEKİ ÖĞRENCİLERİN YEME
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

MERAL ÇELİK ARNIK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. ÖZLEM İŞİL

İSTANBUL – 2009

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

MERAL ÇELİK ARNIK

I. TEŞEKKÜR

Öğrencilik hayatım boyunca bilgi ve deneyimlerini aktaran, hem insani yönü hem de hocalık yönüyle yol gösteren, öğrencilik hayatımın ilk günlerinden beri her zaman bir anne otoritesi ve şefkatine sahip olan, tezimi tamamlama aşamasında emeği geçen hocam tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL'a, öğrencilik hayatım boyunca öğrencisi olma şansını yakaladığım bilgi, deneyim ve becerisine olduğu kadar enerjisine hayran olduğum hocam, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal'a, tezimin tüm aşamalarında yardımlarda bulunan ve çok sıkıntılı zamanlarımda benden manevi desteğini esirgemeyen hocam Araş. Gör. Dr. Semra Çıgırıkçı'ya, çalışmalarım sırasında bana yardım eden, güzel gülümsemeleri ile beni rahatlatan hocam Araş. Gör. Nevin Onan'a, son olarak manevi destek ve dualarını esirgemeyen eşime ve aileme

TEŞEKKÜR EDERİM.

II. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Yeme Bozuklukları	5
4.1.1. Tanım	5
4.1.2. Tarihçe	5
4.2. Anoreksiya Nervoza	6
4.2.1. Tanım	6
4.2.2. Epidemiyoloji	6
4.2.3. Etyoloji	6
4.2.3.1. Biyolojik Etkenler	6
4.2.3.2. Psikososyal Etkenler	8
4.2.4. Tanı ve Klinik Belirtiler	9
4.2.5. Ayırıcı Tanı	14
4.2.6. Seyir ve Prognoz	15
4.2.7. Tedavi	15
4.3. Bulimiya Nervoza	18
4.3.1. Epidemiyoloji	18
4.3.2. Etyoloji	18
4.3.3. Belirti ve Bulgular	19
4.3.4. Tedavi	20
4.4. Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları	20
4.4.1. Tanı	21
4.5. Yeme Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı	22
5. GEREÇ ve YÖNTEM	25
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	25
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
5.3. Evren ve Örneklem	25
5.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	26

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	26
5.7. Veri Toplama Araçları	26
5.8. Çalışmanın Planı	27
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	28
6. BULGULAR	29
7. TARTIşMA VE SONUÇ	46
8. KAYNAKLAR	53
9. EKLER	58
10. ÖZGEÇMİş	67

II. TABLOLAR DİZİNİ

- Tablo 1** Demografik Özelliklere Göre Dağılımlar
- Tablo 2** Yeme Tutumu ile İlişkili Davranışların Dağılımı
- Tablo 3** Öğrencilerin Yeme Davranışlarının Cinsiyete göre Karşılaştırılması
- Tablo 4** Yaşanılan Yer ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişki
- Tablo 5** BKİ Düzeyi ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişki
- Tablo 6** Beden Ağırlığı ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişki
- Tablo 7** Yeme Tutumu Testi İç Tutarlılık Değerlendirmeleri
- Tablo 8** Yeme Bozukluğu Riski ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması
- Tablo 9** Beden Ağırlığına Yönelik Davranışların Yeme Bozukluğu Riskine Göre Değerlendirilmesi
- Tablo 10** Yeme Bozukluğu Riski ile Diğer Değişkenlere İlişkin Değerlendirmeler
- Tablo 11** Ailenin Gencin Yeme Davranışına İlişkin Tutumu ile Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişki

V. EKLER DİZİNİ

- Ek 1** Bilgi Formu
- Ek 2** Yeme Tutumu Testi
- Ek 3** Dekanlık İzinleri
- Ek 4** Etik Kurulu Kararı
- Ek 5** Uzman Görüşüne Başvurulan Akademisyen Listesi

VI. KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nervoza
BN	Bulimiya Nervoza
BKİ	Beden Kitle İndeksi
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
YTT	Yeme Tutumu Testi
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

1.ÖZET

Bu çalışma; Bir üniversite kampüsündeki öğrencilerin yeme tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Verilerin toplanmasında üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerini tanımlamak ve yeme davranışlarını öğrenmeye yönelik “Bilgi Formu”; yeme tutumu ve davranışlarını belirlemek için “yeme tutumu testi“ kullanıldı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Araştırmaya katılan 316 üniversite öğrencisinin yaş ortalaması 20.28 ± 1.65 , %67.7’si erkek, %32.3’ü kadın; %0.6’sı evli, %99.4’ü bekar, %23.4’ü ailesi ile birlikte, %6.6’sı akrabaları ile, %30.1’i yurtdışı, %39.9’u yalnız ya da arkadaşlarıyla birlikte yaşamakta, %15.2’sinin gelir düzeyi iyi iken, %77.2’sinin orta ve %8.5’inin kötü; %20.8’inin BKİ düzeyi zayıf , %68.4’ünün normal ve %10.8’inin ki normalin üstü olduğu, BKİ normal olanların daha fazla sigara kullandığı bulgusuna ulaşıldı. Üniversite öğrencilerine uygulanan YTT puan ortalaması 15.99 ± 8.65 olarak tespit edildi. YTT ile cinsiyet, yaşanılan yer, diyet yapma, egzersiz yapma, zayıflatıcı ilaç kullanımı, laksatif ilaç kullanma, beslenme şekli, ailenin yeme konusunda baskı yapması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi. Çalışmanın sonucunda risk grubunda olan öğrencilerin erken müdahale için elde edilen bulgular doğrultusunda ilgili birime yönlendirilmesi, beslenmeyle ilgili eğitim programlarının planlanması, ailelere gerekli eğitimin verilmesi önerilerinde bulunuldu.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya nervosa, üniversite öğrencisi, yeme bozuklukları, yeme tutumu,

2. SUMMARY

EVALUATION OF EATING ATTITUDE AND BEHAVIOURS OF UNIVERSITY CAMPUS STUDENTS

This study was made as descriptive to determine the eating attitude and behaviours of the students at a university campus. “information form” and “eating attitude test” (YTT) were used to collect the data about the students’ social demographic features and eating behaviours. For the statistical analysis NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) program was used to evaluate the findings. Average age of the 316 students attending the study was 20.28 ± 1.65 , 67.7% male, 32.3% female, 0.6% married, 99.4% single, 23.4% living with family, 6.6% living with relatives, 30.1% living at dormitory, 39.9% living alone or with friends, 15.2% have good income, 77.2% moderate income and 8.5% bad income; 20.8% have body mass index as thin, 68.4% normal and 10.8% over normal, it was found that the ones who have BMI normal, smoke cigarette more often than the other groups. Average score of YTT applied on university students was found 15,99D8,65. Significant differences were found statistically between YTT and sex, the place of living, being on a diet, doing exercise, using pills and laksatives, the way of nutrition , the families’ pressure on eating. Orientation of the students at risk group to the special department for the early intervention , planning the educative programs about nutrition, giving the essential education to the families were recommended.

Key Words: Anorexia nervosa, university student, eating disorder, eating attitude,

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Yeme bozuklukları yüzyıllardır değişik şekillerde var olmasına karşın 1950'lerden bu yana yaygınlıkları büyük ölçüde artmıştır. Günümüzde bu bozukluklar yaygın ciddi klinik sendromlar olarak kendini göstermektedir (9,14).

Genel olarak 12-18 yaşları arasında başlayan ve tutku derecesinde şişmanlama korkusu yüzünden bilinçli olarak aşırı zayıf kalma çabaları ile belirli bir bozukluk olan yeme bozuklukları; işlevsel, tıbbi, psikolojik ve sosyal bozulmalara yol açan, kilo vermenin cazibesi üstünde gereğinden fazla durulmasından kaynaklanan yeme davranışı bozukluklarıdır (4,8,10).

Yeme bozuklukları gelişim döneminde, duygu durum bozukluklarında, kişiler arası ilişkilerde ve intrapsişik karışıklıklardaki sorunlarla başa çıkmak için geliştirilen, dönem dönem tekrarlayan, genellikle zayıflığın veya beden ölçüsü değişikliğinin yararlarını yücelten, sosyo-kültürel normlardan içselleştirilen, gereğinden fazla üstünde durulan inançlar bağlamında disfonksiyonel, duygusal, bilişsel ve davranışsal stratejileri ifade eder (6).

Yeme bozuklukları kadın nüfusunun yaklaşık olarak yüzde 3 ile 5'ini ve yaklaşık olarak bunun üçte biri kadar da erkek nüfusunu etkilemektedir. Yeme bozukluklarının subsendromal şekilleri yaygın olarak görülmekte ve özellikle kadınlardaki zayıflık ve erkeklerdeki kaslı olmaya dair yaygın ve gereğinden fazla üstünde durulan normlara ulaşmaya çalışan ergenlerin yaşam kalitesinde büyük sıkıntılara neden olmaktadır. Yeme bozuklukları farklı kültür ve ülkelerdeki sosyal normlara göre değişen yaygınlığa sahip olan kültüre özgü bozukluklardır (4,8,9,12).

Yeme bozukluklarının anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza olmak üzere iki ana kategorisi olup çok sayıda subklinik sendromu da görülmektedir (3,6).

Ülkemizde üniversite gençliğinin çocukluk dönemlerinden başlayarak özellikle ailelerin yanlış tutumlarından kaynaklanan hatalı beslenme alışkanlıkları olduğu ve bu durumun sonraki dönemlerde ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği bilinmektedir. Günümüzde genç nüfusta, yeme bozukluklarının yanı sıra, tanı konulacak düzeye ulaşmayan sağlıksız yeme davranışları görülebilmektedir. Son yıllarda yeme bozukluklarının yaygınlığı büyük ölçüde artmıştır. Yeme bozuklukları genellikle ergenlik döneminde başlamakla birlikte, yeme tutumu ve davranışları

yaşamın daha erken dönemlerinde şekillenmektedir. Bu nedenle sağlıklı yeme davranışlarını belirlemek, yeme bozuklukları oluşmadan önce müdahale etme ve önleme fırsatı sağlar. Bu araştırma, üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarını belirlemek ve risk grubunda olan öğrencileri ilgili birimlere yönlendirmek amacı ile planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yeme Bozuklukları

4.1.1. Tanım

Genel olarak 12-18 yaşları arasında başlayan ve tutku derecesinde şişmanlama korkusu yüzünden bilinçli olarak aşırı zayıf kalma çabaları ile belirli bir bozukluk olan yeme bozuklukları; işlevsel, tıbbi, psikolojik ve sosyal bozulmalara yol açan, kilo vermenin cazibesi üstünde gereğinden fazla durulmasından kaynaklanan yeme davranışı bozukluklarıdır (6,8,10).

Yeme bozuklukları gelişim döneminde, duygu durum bozukluklarında, kişiler arası ilişkilerde ve intrapsişik karışıklıklardaki sorunlarla başa çıkmak için geliştirilen, dönem dönem tekrarlayan, genellikle zayıflığın veya beden ölçüsü değişikliğinin yararlarını yücelten, sosyo-kültürel normlardan içselleştirilen, gereğinden fazla üstünde durulan inançlar bağlamında disfonksiyonel, duygusal, bilişsel ve davranışsal stratejileri ifade eder (6).

4.1.2. Tarihçe

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza DSM III-R’de, “ bebeklik, çocukluk ve ergenlikte başlayan bozukluklar” başlığı altında yer alırken, DSM-IV” te bu grup içinden çıkartılmış ve “yeme bozuklukları” başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır. Yapılan çalışmalar, ergenlerin tedavilerinde yeme bozukluklarından bahsetmekte ve anoreksiya nervozanın ilk kez Gull ve Laseque tarafından 1873’te birbirinden bağımsız iki ayrı bildiri ile psikiyatrik literatüre girdiğini belirtmektedir. Bulimiya nervozanın geçmişi ise anoreksiyadan çok daha gerilere dayanmaktadır. Kınık’ın bildirdiğine göre; M.Ö.400’de Yunan tarihçi ve yazarı Xnephon’un, doyma belirtileri göstermeksizin kontrol dışı aşırı yeme ile belirli bir klinik tabloyu “Fames Canina” olarak isimlendirmiş ve bu deyimın İngilizce’ye “Dog Hunger-Köpek Açlığı” olarak geçtiğini ifade etmiştir. Yeme bozukluklarının psikoanalitik açıklamalarını yapan ve Rorschach Testi ile değerlendiren Tunaboylu-ikiz , yemek yemenin yaşamak için gerekli ve bastırılmayan içsel bir güç olduğunu belirtmekte ve yeme bozukluklarının tanımında , kişinin hikayesinde yiyeceğin ya çok hissedilir olduğunu (bulimiya) yada tamamen dünyasının dışında tutulduğundan (anoreksiya)

söz etmektedir (17,19).

DSM IV' e göre yeme bozuklukları,

1. Anoreksiya Nervosa
2. Bulimiya Nervosa
3. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır.

4.2 Anoreksiya Nervosa

4.2.1.Tanım

Anoreksiya Nervosa fizyolojik, davranışsal psikolojik değişkenler gösteren, patolojik bir şişmanlık korkusu, beden imgesinde önemli bozukluklar, bitip tükenmeyen bir zayıflama isteği ile belirli bir hastalıktır (10,16).

4.2.2 Epidemiyoloji

Anoreksiya nervosa'nın prevalansı endüstrileşmiş ülkelerin orta ve üst sosyo-ekonomik sınıfında % 0,5-% 0.1 olarak bildirilmektedir. Kadın erkek oranı 20'de 1'dir. Ancak giderek artan oranlarda bilinen risk gruplarının dışındaki nüfusta da görülmeye başlamıştır. Batı kültürüne uzak toplumlarda nadir görülen bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Başlangıç yaşı genellikle ergenlik dönemi olup, ortalama 17 yaşında başladığı kabul edilmektedir. Bununla birlikte puberte öncesinde başlayan vakalar da bildirilmekte olup puberte yaşantısının AN için bir risk faktörü olduğunu ileri süren yayınlar vardır. 40 yaşından sonra AN'in görülmediği kabul edilmektedir. Son 20-30 yılda görülme sıklığının arttığı sanılmaktadır. Erkek AN'ler kilolarından daha çok kaslı olmaya ve fiziksel etkinliklere önem vermektedirler (10,50,52).

4.2.3 Etyoloji

Anoreksiya nervozanın nedenleri tan olarak bilinmemekte biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı sanılmaktadır.

4.2.3.1 Biyolojik Etkenler

Anoreksiya nervozalı hastalarda ailesel ve kalıtsal geçişi destekleyen veriler bulunmaktadır. 45 tek ve çift yumurta ikiziyle yapılan bir çalışmada tek yumurta

ikizlerinde eş-hastalanma oranı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu hastalarda ailesel yüklülüğün (%58) ve çökkünlük eksidansının yüksek bulunuşu kalıtım etkenini öne çıkarmakta ise de ailede paylaşılan çevresel etkenlerin de katkısı olabileceği görüşünü desteklemektedir (10,11).

Anoreksiya nervozalı 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. (9,23,).

Anoreksiya nervozada görülen endokrinolojik değişikliklerin ileri derecede aç kalmaya ve kilo yitimine bağlı olduğu ve birincil bir endokrin bozukluk bulunmadığı görüşü yaygındır. Ancak temelde hipotalamik işlev bozukluğunun bulunmadığı da kanıtlanmamıştır.

Birçok hastada kilo kaybı ortaya çıkmadan önce amenore gelişmesi ve beden ağırlığı normale döndükten sonra da menstural siklusun normale dönmesinin gecikmesi, AN de primer hipotalamik işlev bozukluğu olduğu görüşünü desteklemektedir (9,11,16,24,43).

Hipotalamus – hipofiz- sürrenal ekseninin incelenmesinde, AN de sabah ve akşam plazma kortizol, serbest kortizol ve 24 saatlik kortizol konsantrasyonu düzeylerinde sabahları yükselme bulunmuştur. Bu bulgunun aç kalmaya ve gene aynı nedenle ortaya çıkan T3 düşüklüğüne bağlı olabileceği bildirilmişse de bir sürrenal hiperaktivitesinin olduğu da ileri sürülmektedir (6,9, 10,16).

Güncel çalışmalar; AN de üç nörotransmitterin işlevsel bozukluğu olduğunu göstermektedir. Kilo restorasyonunun uzun süre devam ettiği AN li hastalarda yapılan bir çalışmada beyin omurilik sıvısında 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) yoğunluğunun kontrollere göre yükseldiği bulunmuştur. Bu bulgu, AN'deki obsosyonel özellikleri, serotonerjik nörotransmitter sisteminin hiperfonksiyonu ile ilişkili olduğu varsayımı ile uygunluk teşkil eder. Kortikotropin-releasing faktör (CRF) beslenmeyi güçlü bir biçimde inhibe eder. Çok zayıflamış AN'li hastalarda BOS ta CRF yoğunluğu artmış ve kilo alındığında normal değerlere dönmüştür. Yeme davranışını uyaran nöropeptit Y, kilosuz olan ve kilosuz yeni restore olmuş AN hastalarının BOS'unda yüksek bulunmuştur. Kilosu uzun süreli sağlıklı düzeyde kalmış AN hastalarında bu değerler normale dönmüştür (6,9,11, 24,44).

4.2.3.2 Psikososyal Etkenler

Psikodinamik açıdan, AN'de , ağır cinsel çocuksuluk, cinsel ilişki kurma ve gebe kalmaya karşı aşırı korku, büyüme, anneden ayrılmaya, bireyleşmeye karşı aşırı korku gibi çekirdek çatışmalar tanımlanmıştır. Bu hastalar, ergenlik çağında göğüsleri, kalçaları normal olarak gelişen, cinsel istekleri bulunan genç bir kız olmaya ve böyle görünmeye; yani cinsel kimlik ve çekicilik kazanmaya karşı aşırı bir direnç göstermektedir. Sanki bir deri bir kemik kalarak bütün cinsel çekicilikten ve cinsel isteklerden arınmış olmaktadır. Entelektüel başarıya, cinsellik dışında beğenilmeye özen gösteren bu hastalar cinsellikle ilgili her şeyden (istek, güzellik, aybaşı görme) kaçınmaktadırlar (10).

Küreselleşmenin insan bedeninde ve ruhunda yarattığı değişimler yeme bozukluklarının, salt yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip olanların değil, tüm sosyoekonomik ve kültürel katmanları ilgilendiren bir sorun haline gelmesini sağlamıştır (56).

Gabbard (1990) AN psikodinamiğini aşağıdaki biçimde açıklar,

- Farklı ve tek olabilmek için umutsuzca çabalamak.
- Ebeveynin beklentileri sonucu oluşan yapay benlik duygusunu reddetmeye çalışmak
- Gerçek benliğin belirmeye başlaması
- Bedende somutlaşan içselleştirilmiş düşman anne imgesinin reddedilmesi
- Kendisinin yerine diğerlerini çaresiz durumda bırakma

Anoreksi oral biçimde algılanan bir gebelikten yada bilinçdışı arzuların korkuyu belirtebilir. Genital anlamda yeme eyleminin bilinçdışı anlamı genellikle 'gebe olma'dır, ki bu eşitlik birçok yeme inhibisyonlarının nedeni olabilir. Yani yemeyi reddetme, oral yoldan hamile kalma fantezisine karşı bir savunma olarak kabul edilebilir. Araştırmalar anoreksiyadaki kabızlık belirtisinin karın içinde yerleşmiş fetusu simgelediğini, amenorenin ise ya doğrudan hamilelik fantezisinin bir yansıması ya da tam tersi bir biçimde genital cinselliğin yadsınmasını niteleyen bir belirti olduğunu açıklamaktadır (2,14,25,26,35,).

Brunc (1980) ödipal çatışmasını çözümleyememiş, genç kızlığın, kadınlığın gerektirdiği sorumluluk, olgunlaşma ve cinsel gelişim sürecine kendini yeterince hazır hissetmeyen ergenlik dönemi çocuklarında anoreksiyayı regresif bir savunma

ve kaçınma davranışı olarak yorumlamıştır (2,25).

Annenin çocuğun bedeni ve bedensel deneyimleriyle ilgili girici tavrının da çocukta bir karmaşaya yol açtığı, çocuğun kendini annenin bir uzantısıymış gibi görmeye itildiği ileri sürülmüştür. Bu “kötü meternal nesne” içe alınmada ve çocuk bunu kendi bedeni gibi algılamaktadır. Bu bağlamda açlık, bu saldırgan iç nesnenin büyümesini durdurmak ve onu küçültmek anlamına gelmektedir (2,14,25,27,47).

Anoreksiya nervoza daha çok üst ve orta sınıfta izlenen bir bozukluk olduğundan, bu bozukluğun zayıf olmayı, genç görünmeyi vurgulayan değerlerle ilgili olduğu ileri sürülmüştür. Toplumun zayıflık ve beden egzersizlerine verdiği önem AN hastalarını destekleyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde moda tamamen zayıf kadınlara yönelik olup, mankenler basında başköşeyi işgal etmektedirler. Hastalığın ortaya çıktığı ergenlik dönemi bireyin çevrenin bakış açısına aşırı önem verdiği ve “başkalarının gözünde nasıl göründükleri” sorunuyla aşırı bir uğraş içinde oldukları dönemdir. Toplumdaki bu eğilim ergen kızlarda AN'nin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır (10,16,20,49).

Anoreksiya Nervozada risk faktörleri:

- ***Kültürel risk faktörleri***

Güzelliği ve mutluluğu zayıflıkla eşdeğer görme, görsel medya aracılığı ile bu değerlerin yaygınlaşma kapasitesinde olma, bedeni önemli bulma durumu

- ***Aile risk faktörleri***

Başarının oryante edildiği aşırı koruyucu, rijit, sorunları çözmede başarısız, olumsuz bir duruma düşürülen, sınır tanımayan, cesaretlendirme ve desteğin olmadığı yeme, diyet, kilo veya görünüm konusunda çok zaman harcayan aile bireylerinde yeme veya dikkat bozukluğu olan

- ***Bireysel risk faktörleri***

Kadın olma, adolesan olma, hafif şişman olma, kendine güvenin düşük olması, kimlik ve otonomi hissi ile sorunları olması, obsesif kişilik yapısında olma, bedeni algılamada sorunu olma, akranları veya aile üyeleri ile yarışma hissi içinde olma (37).

4.2.4 Tanı ve Klinik Belirtiler

Anoreksiya nervozada en önemli bulgu, fiziksel bir hastalıkla açıklanamayacak tartı kaybıdır. Beden imgesinin yanlış algılanması, şişmanlamaktan aşırı korkma hastalığın psikolojik karakteristik bulgularıdır. Hastalardaki üç majör klinik bulgu;

1. Şişmanlamamak için iştah azalması olmadan besin alımını keserek, kusarak, laksatif kullanarak veya aşırı egzersizle tartı kaybetmek,
2. Hipotalamo-hipofizer gonadal aksta sekonder değişikliklerin gelişmesi,
3. Şişmanlamak ve yemek yeme kontrolünü kaybetmek korkusunun merkezde bulunduğu psikolojik sorunların varlığı olarak tanımlanabilir (1,16,31,32).

Anoreksiya Nervozaya için DMS IV kriterleri:

- Kilo almaktan korkma
- Vücut algısının bozulması
- İdeal vücut ağırlığının %85 den az olması
- Birbirini takip eden üç ayda adet görmeme

Genellikle yememeyi, ileri derecede zayıf kalmayı başarırlar. Hasta kilo almaktan çok korkar. Bir deri bir kemik görünümünde olduğu halde kendisini zayıf algılamaz; hatta şişman olduğunu söyleyebilir. Aslında hastada terimin içerdiği anlamdaki gibi bir anoreksik tutum yoktur. Hasta bilinçli olarak yememekte, zayıf kalmakta direnmektedir (10,16,31,32).

AN tipleri:

1. Kısıtlayıcı tip
2. Tıkınan/çıkarıcı tip.: AN döneminde düzenli olarak tıkınma veya çıkarma (zorlayarak kusma, laksatif, diüretik kötü kullanımı). davranışları vardır. İmpulsif davranışlar; çalma, ilaç kötüye kullanımı, intihar girişimleri ve kendine zarar verme daha siktir. Premorbid obesite, ailede obesite, mizaç değişiklikleri, B kümesi veya impulsif kişilik bozuklukları daha siktir (9).

Klinik bulguların ortaya çıkış şekilleri

- Küçük bir olayın tetiği çekmesi
- Aralıksız bir zayıflama çabası
- Yeme davranışlarında değişiklikler
- Yemek ile ilgili davranışlarda değişiklikler

- Artan fiziksel aktivite
- Çıkarma davranışları
- Mükemmel aile yapısına sahip olma
- Olayları doğru veya yanlış olarak görme
- Başarılı öğrencilik
- Arkadaşlarından, sosyal hayattan izole yaşam
- Zayıflamasından endişe duymamak
- Yemek yeme olayı sanki bir savaş alanı gibi olması

Çocuklar erişkinlere göre daha hızlı ve daha ciddi zayıflık durumları ile karşılaşır. Adipoz dokudaki yağ dağılım farklılığından dolayı ufak kilo kayıpları bile daha fazla olarak görünür (33).

Anoreksiya nervozadaki klinik bulgular

- Metabolik ve renal bulgular
- Gastrointestinal şikayetler
- Kardiyovasküler ve pulmoner anormallikler
- Nörolojik sonuçlar
- Psikiyatrik sonuçlar
- Endokrin sonuçlar
- Dermatolojik belirtiler

Metabolik ve renal bulgular

- Yağlı ve yağsız beden kütlesinin azalması,
- Ekstraselüler sıvı genişlemesi,
- Hipokalemi, hipokolemi metabolik alkaloz
- Ca, Mg ve Zn eksikliği
- Sıvı kısıtlaması, ciddi dehidratasyon- su entoksikasyonuna bağlı hiponatremi
- Ürenin artması, normal kreatinin, glomeruler filtrasyonun azalması
- Pyüri, hematüri, proteinüri

Gastrointestinal şikayetler

- Gastroözofageal reflü
- Mide boşalmasının gecikmesi
- Kabızlık, abdominal kramplar
- Artan karaciğer fonksiyon testleri (SGOT, SGPT).

- . Artan pankreatik amilaz
- . Azalan safra asit sekresyonu ve safra kesesi disfonksiyonu

Kardiyovasküler ve pulmoner anormallikler

- . Kalp büyüklüğü ve kitlesinde azalma
- . Perikardial effüzyon
- . Uzayan QT aralıklar
- . Mitral valv prolapsusu
- . Azalan doku elastikiyeti, artan alveolar yüzey basıncı ile pulmoner fonksiyondaki değişiklikler

Nörolojik sonuçlar Elektrolit bozukluğu ile olan havaleler

- . Ciddi kilo kaybı ile olan kas zayıflığı
- . Periferik nöropati
- . Hipotalamik faktörler, vazomotor cevaptaki değişiklikler ve kısmi hipotiroid varlığı ile olan termoregülasyon bozuklukları
- . Elektrolit bozuklukları ile olan anormal elektroensefalografi
- . Kortikal atrofi, ventriküler dilatasyon gibi komputere aksial tomografi bulguları

Psikiyatrik sonuçlar

- . Azalan lipido
- . Uyuma bozuklukları
- . Aklında devamlı yeme ile meşgul olması
- . Obsesif ve kompulsif bozukluklar veya diğer psikotik bozukluklar
- . Nörotransmitterler = Norepinefrin, dopamin, ve serotonin azalması. β endorfin (opiodlar). aktivitesinde değişiklikler

Endokrin Sonuçlar

- Amenore – GnRH uygulaması ile LH ve FSH cevabının azalması, hipotalamusdan GnRH serbestleşmesindeki defekt
- Hipotiroidizm – T4 T3 , T3 rT3 ve TRH a TSH cevabının azalması
- Hiperkortizolizm – Günlük kortizol değişikliklerinin kaybı ama normal ACTH seviyesi
- Büyüme hormonunun artması, IGF 1 azalması
- Vazopressin sekresyonundaki dengesizlik

Hematolojik ve İmmunolojik bozukluklar

- Lökopeni
- Anemi
- Trombositopeni
- Düşük eritrosit sedimantasyon oranı (< 4mm/saat).
- T lenfositlerinde azalma ama B lenfositlerinde etkilenmenin olmaması
- C3

Dermatolojik belirtiler

- Lanugo tipi kıllanma
- Subkutan yağ dokusunda azalma
- Pedal veya pretibial ödem
- Hiperkarotenemiye bağlı turuncu renk değiştirme
- Saç ve tırnaklarda kolay kırılma
- Kuru, soğuk, pullanan deri
- Nadiren peteşi veya purpura
- Russell's belirtiler
- Trikotillomani (37,46,47,50,67).

Bilgisayarlı Beyin Tomografisi Bulguları

Beyin görüntüleme çalışmaları, yeme bozukluklarının nörobiyolojisini anlama çabalarında önemli bir yer tutmaktadır. İşlevsel beyin görüntüleme tekniklerindeki ilerleme ile beyin işlevlerini ve bunun davranışlarla bağlantısını değerlendirme olasılığı artmıştır. Betin tomografisi değerlendirilen hastalarda, AN'de, iyileşme sonrasında da kısmen kalıcı olan singulat, frontal, temporal ve pariyetal korteks değişiklikleri gösterilmiştir. Ayrıca ASK alanındaki bozukluğun AN'li hastalarda anormal yeme davranışının ortaya çıkması ve sürdürülmesiyle ilişkili olduğunu düşündüren bulgular vardır. Görevle etkinleştirme çalışmalarında ise yiyecek uyarınının, bu hastalarda beyin kan akımı artışının güçlü bir nedeni olduğu gösterilmiştir. Ancak, yeme bozukluklarının yaygınlığının düşük olması ve hastalıkla ilişkili hormonal değişiklikler gibi ek faktörlerin bulunması çalışma sayısını kısıtlamakta ve sonuçların yorumunu güçleştirmektedir. Ayrıca beyindeki nörotransmitter sistemlerinin karşılıklı karmaşık etkileşiminin olması da, reseptör

görüntüleme çalışmalarından elde edilen sonuçları tartışmalı kılmaktadır. Elde edilen verilerin hastalıktan önce bulunan hastalıkla ilişkili kişisel özelliklere mi? bağlı olduğu yoksa hastalık sonrasında mı geliştiğini değerlendirmek ve morbidite oranlarını azaltacak daha etkili tedavi yöntemlerini geliştirebilmek için bu alanda yapılacak daha fazla çalışmaya gerek vardır (11,35,41,43).

4.2.5 Ayırıcı Tanı

Russell'in AN için geliştirdiği ölçütler şunlardır.

- Belirgin kilo kaybına yönelik davranış,
- Marazi şişmanlama korkusu,
- Ergenlik döneminde bayanlarda adet kesilmesine neden olan bir endokrin bozukluğun varlığı (9).

Çökkünlüklerde, OKB' de, negativizm gösteren şizofreniklerde, organik beyin bozukluğu olan hastalarda ağır kilo yitimi olabilir. Fakat bunlarda şişmanlama, kilo almaya karşı şiddetli korkuya dayalı bilinçli, istemli kilo verme yoktur. AN'li hastalarda sıklıkla depresyonda birlikte olabilir. Kansar, tüberküloz, hipotalamus ırları, ön hipofiz yetmezliği, Addison, hipertroidi ve diyabette ağır kaşektik durumlar görülebilir. Bu hastalıkların kendine özgü seyirleri ve labaratuvar bulguları vardır.Bu hastalıklarda özgün bulgulardan başka, kilo alma korkusunun ve istemli olarak yemekten kaçınmanın olmayışı ile ayırt edilebilir.Histrionik, sınır kişilik bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğunda yeme sorunları sıktır. Öykü, kişilik bozukluklarını AN'den ayırmamızı sağlar. Somatizasyon bozukluğunda kilo değişiklikleri, kusma gibi belirtiler olasıdır. Ancak ağır kilo kaybı olmaz (10,16,45).

- **Tıbbi hastalıklar:** Sekonder Anoreksiya Nervoza tıbbi bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu yüzden endokrin sistem, sindirim sistemi ve merkezi sinir sistemi (özellikle arka çukur ve kaide tümörleri açısından) iyice gözden geçirilmelidir.
- **Duygudurumu Bozuklukları:** Bazılarında keder, elem, suisid fikirleri ve girişimleri bulunsa da, AN'da öfori ve hiperaktivite bulunabilir. Depresyonda Anoreksiya Nervoza'da olduğu gibi şişmanlama korkusu ve besin ile ilgili uğraşlarda artış görülmez, ayrıca hiperaktivite ve çevrenin manipülasyonuna da rastlanmaz.

- **Somatizasyon Bozukluğu:** Üç aydan daha uzun süren ağırlık kaybı ve amenore genellikle görülmez. Hastada iyileşme isteği vardır.
- **Şizofreni:** Şişmanlama korkusu ve kalori ile ilgili gıda hezeyanları seyrek. Besin reddi zehirlenme hezeyanlarına bağlıdır.
- Demans ve konfüzyonel durumlarda besin reddi kognitif fonksiyonlardaki aksama ile ilgilidir. Diğer semptomlar da taranmalıdır (53).

Tipinin belirlenmesi:

1. **Kısıtlı Tip:** Varolan AN nöbeti sırasında kişi düzenli olarak ziyafet tarzı yeme yada kusma davranışı içinde değildir.
2. **Tıkınırcasına yeme/ çıkarma tipi:** Varolan AN nöbeti sırasında düzenli olarak aşırı yemek yeme ve kusma davranışı içindedir (30).

4.2.6 Seyir ve Prognoz

Ölüm oranı değişik çalışmalarda %0-22 arasında bildirilmiştir. Vakaların 1/3'ü iyileşir, 1/3'ü kronikleşir, 1/3'ü de nökslerle seyrederek. Ölümlerin %5'i kardiyak aritmi ile olur. Kronikleşme 4 yıl boyunca ideal standart ağırlığın %15 altında kiloya sahip olma, besin kısıtlaması ve amenorenin sürmesidir. Hastalık süresi genellikle 18 ayın altına inmez ancak birkaç aydan tüm bir yaşam boyu süren çeşitli vak'a örnekleri vardır. Sık ve uzun süren hospitalizasyon ve kusma gidişi kötüleştirir. Bu hastaların büyük çoğunluğunda sıklıkla ruhsal çökkünlük, OKB, psikoseksüel bozukluklar birlikte görülür. Hastaların çoğu hastane sağaltımından kaçarlar (10,16,46).

Seyrek olarak 9 yaşında ve menopoz sonrası kadınlarda başladığı bildirilmiştir. 18 yaşından önce başlama, hastaneye yatış olmaması, çıkarma davranışları olmaması iyi prognozun belirleyicisidir (9).

Yapılan çalışmalarda kusma, laksatif kullanımı, somatik yakınmalar, orta-ağır depresyon olması ve OKB belirtilerinin bulunmasının da prognozu kötüleştirir bir etken olduğu belirlenmiştir (54).

4.2.7 Tedavi

AN tedavisinde ilk olarak tıbbi komplikasyonların tanınma ve tedavisi önem taşır. Anoreksiya nervoza tedavisinde diyet tedavisi multidisipliner yaklaşımın

önemli bir ögesidir. Amaç, öncelikle tartı kaybını durdurmak, nutrisyonel durumu düzeltmek, tartı alımını tercihen doğal beslenme yollarıyla kademeli olarak artırmaktır. Çoğu zaman özel ek gıdalar, total parenteral beslenme gerekli değildir. Hastalar gereksinimlerinden fazlasını tüketmeye zorlanmamalıdır. Tedavinin başlangıcında düşük tartı ve azalmış metabolik hız nedeniyle normalden daha az miktarda besin sunulması tercih edilir. Tercihen bazal metabolik hız hesaplanarak hastanın fizyolojik gereksinimleri sağlanmalıdır. Organizmanın adaptasyonuna göre tüketilen miktarlar kademeli olarak artırılmalıdır. Şişmanlamaktan aşırı korkan hastalara fazla miktarda yüksek enerjili besinlerin sunulması, hastaların reaksiyon vermesine neden olarak tedaviyi olumsuz yönde etkileyecektir.

Fizyolojik olarak kabul edilecek amaç tartı, hastanın boyu, vücut yapısı ve hastanın hastalık öncesi tartısı göz önüne alınarak belirlenir. Hasta ile güvenli tartının ne olduğu kesin ve açık konuşulmalı, boya göre tartı oranının % 95-100'e erişmesi ve menstruasyonun olması amaçlanmalıdır. Vücut tartısı persentil eğrilerinin kullanımı, amaç tartının bu eğrilere işaretlenerek gösterilmesi bazı çocuklarda tedaviye yardımcı olabilir. Psikolojik yönden de desteklenen hastaya uygulanan tedavi, tartı almaktan daha az korktuğu dönemlerde amaç tartıya ulaşması için yeniden düzenlenir. Hastalığın farklı evrelerindeki her birey için farklı tedavi yaklaşımları uygulamak gerekir. Bu konu üzerinde yıllardır birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen etkili tedavi için halen yeterli bilgi yoktur. Ciddi besin reddi ve tanıyla ilgili obsesif davranışlar genellikle emosyonel problemlerin geç bulgusu ve problemlere karşı savunma mekanizmasıdır. Tedavi fiziksel ve psikolojik sorunları çözme prensibine yönelik olmalıdır (10,16,20,58,60,64).

Terapi yaklaşımları

Yeme bozukluğunun tedavisinde tıbbi tedavinin yanı sıra, bireysel psikoterapi büyük önem taşımaktadır. Yeme bozukluğu hastalarının tedavisinde en zorlayıcı sorun hastanın ve ailenin kilo odaklı yaklaşımıyla uğraşmaktır. Bu hastalarla terapinin amacı hastanın yeme bozukluğu ile ilgili belirtilerinin tamamen kaybolması değil, hastanın yakın ilişkilerden keyif alır hale gelebilmesi ve düş kırıklığına katlanabilir hale gelmesini sağlamaktır.

Yeme bozukluklarında terapötik ilişkinin odak noktası güvenli bir iç dünya ve

güven temelli bir çevre yaratmak olmalıdır. Hastanın kendisi hakkında konuşma becerisinin gelişebilmesi için güvenin ve rahatlık duygusunun oturmuş olması gerekmektedir. Rekabet ve kıskançlık, üzüntü ve yalnızlık, korku ve endişe, bazen mutluluk ve heyecan yeme bozukluğu belirtileri olarak kendini gösterebildiği için bu belirtilerden kaçınmanın başlıca yollarından biri duygular hakkında konuşmaya olanak sağlamaktır. Ancak yakın bir ilişkiye girmek hastanın ilk olumsuz deneyimlerini yeniden yaşamak anlamına geldiği için bazı hastalar terapistle yeni bir ilişkiye girmek yerine ölümü bile göze alabilir. İyileşme isteği olan çoğu hasta bile bilinç dışında direnmektedir. Çoğu kez terapinin konusu ya da terapistin yorumu unutulur, terapiye ara verilmesi durumunda terapist özlenmez, 'gözden uzak olan gönülden de uzak olur'. Bu durumda terapist kendisini kaybetmiş, düş kırıklığına uğramış hissedebilir. Bireysel psikoterapinin yanı sıra, özellikle ergen yeme bozukluğu hastalarına ve ailelerine; aile bağlanma şekillerinin, düşüncelerin ve kuralların dile dökülmesi yoluyla değiştirilebileceği aile terapisi de önerilmektedir. Anne-babanın aşırı korumasının yeme davranışı üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Anne-babanın aşırı korumacılığı sonucunda çocuğun özel bir düşünce sistemi geliştirdiği, daha kuşkucu hale geldiği, başkalarının kendisini kullandığını düşündüğü ve erken dönemde aşırı korumanın sonucu olarak başa çıkma becerileri gösteremediği bildirilmektedir. Çocuktaki bu inanış şekli arkasından bulimiya davranışının gelişimine yardımcı olabilmektedir. Aile terapisinde sık görülen iki tür olumsuz karşı aktarım söz konusudur. Bunlardan ilki ergenin ümitsiz, yardıma muhtaç, kontrol edemediği depresif duygularıyla özdeşleşerek ailenin suçlanması ve ergenin kurtarılmaya çalışılmasıdır. Diğeri ise, aile ile özdeşleşerek içinde yaşadığımız kültürü suçlamaktır. Terapistin bir görevi de her iki tarafın yaşam boyu bir bağa gereksinmelerinin olduğunu fark etmelerine yardımcı olmaktır. Ayrılık, sevgi, düş kırıklığı, kızgınlık gibi duyguların yanında bağlanmaya da olanak sağlanmalıdır. Terapistle kurulan sıcak ve empatik etkileşimin daha güvenli bir bağlanma şekli geliştirilmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Anne-babalar terapistle sağlam iletişim kurduklarını hissederse, bu duygu çocuğa geçer. Aileler terapiye dahil edildiklerini ve desteklendiklerini görünce suçluluk ve güvensizlik duygularından kurtulabilmekte, güçlerinin ve becerilerinin farkına vararak yetki alabilmektedir (10,16,42,46,66).

Kilo kazanımının sağlanabilmesi için anoreksik hastanın yatarak terapi görmesi gerekir.

Terapi aşamaları:

- Kilo düzenlenmesi
- Anoreksik tutumların ele alınması
- Anoreksik hasta terapist ilişkisi
- Beden imgesinin değiştirilmesi
- Aile sosyal çevre ile ortak çalışma
- Anoreksik tutum ve inançları sorgulama (37,67).

4.3 Bulimiya Nervosa

İlk olarak 1950'li yılların sonunda tanımlanmıştır. Epizodik olarak gelen aşırı yemek yeme, kilo alma ve bir yandan da kiloyu durdurma çabaları ile belirli bir bozukluktur. Bu nöbetler esnasında hastanın tüm çabalarına, korkularına rağmen yemek yemeyi durduramadığı görülür. Tıpkı anorektiklerdeki gibi beden ağırlığı, güzellik, çirkinlikle aşırı uğraş vardır ve kilo almamak için hasta laksatif, pürgatif, diüretikler kullanır. Yaş ve cinslere göre görülme sıklığı AN'ya benzer, fakat başlangıç yaşı biraz daha geçtir. Bu bozukluk inatçı AN'nın bir kalıntısı olarak da kabul edilebilir (10,16,53).

4.3.1. Epidemiyoloji

Bulimiya nervosa bütün toplumlarda yaklaşık olarak % 1 oranında görülmektedir. Genç kızlarda ve kadınlarda erkeklere oranla 10 kat daha sık görülür. En sık görüldüğü yaş 15-30 yaşlar arasındadır. Ailesel yatkınlık göstermemiştir (37).

4.3.2. Etiyoloji

Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Preklinik ve klinik çalışmalar beyinde serotonerjik iletimin azalmasının bulimia nervosa patolojisinde önemli olduğunu göstermektedir (10).

Dinamik açıdan aşırı yeme cinsel doyum ve saldırgan dürtüleri yansıtır. Çocuklukları döneminde iyi bir bakım almadıkları duygusunu yaşarlar. Erken menarj ve çocukluk döneminde diyet uygulaması siktir. Çocukluk döneminde fiziksel ve

cinsel kötü davranılma siktir. Aile içi ilişkilerde bozuktur. Genellikle anne yüzeyel olarak güçlü görülür, baba mesafeli bir insandır. Bazı olgularda benlik saygısı düşüktür. Kusma benliğin kötü yönlerini dışarı atma anlamına gelebilir (16,42,53,54).

4.3.3. Belirti ve Bulgular

DSM-IV'de Bulimiya Nervoza Çıkartma Olan Tip, Çıkartma Olmayan Tip olarak sınıflanmıştır. Çıkartma Olmayan Tip'te hasta o nöbet sırasında hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunur. ancak kendi kendine kusmaz ya da yanlış yere laksatif, diüretik, lavman kullanmaz (4,53).

Bulimia nervozalı hastaların kliniğe başvuru nedenleri

Ciddi hipokalemi < 2.5 mEq/L)

Metabolik Alkaloz

Kan basıncında (> 30 mmHg) ve nabızda (30 vuru/dak) büyük olan ortostatik değişiklikler

Bulimia nervozaya özgü medikal komplikasyonlar

- Oral komplikasyonlar
- Gastrointestinal komplikasyonlar
- Elektrolit komplikasyonları (ayaklarda ödem, hipokalemi)
- Endokrin komplikasyonları

Oral komplikasyonlar

- Farenksde ağrı
- Dişlerin ön yüzlerinde mine tabakasının kaybı
- Diş çürükleri

Gastrointestinal komplikasyonlar

- Gastroözafageal reflü, prokinetik ajanlar faydalıdır (Metoklopromid)
- Mallory – Weiss yırtıkları

- Dispepsi, özafageal motilite normaldir
- Ciddi konstipasyon, günlük 800 kcal altında alımı olanlarda mutlaka görülür

Elektrolit komplikasyonları

- Kusma; metabolik alkaloz
- Diüretik; hipokloremik alkaloz
- Laksatif; hiperkloremik asidoz
- Hipokalemi
- Ayak ödemi

Ayak ödemi

- PsödoBartter's sendromu, kusma veya diüretik kullanma nedeni ile olur.
- Yüksek aldesteron

Endokrin komplikasyonlar

- İrregüler adet kanaması
- Normal kemik dansitesi, eğer anoreksik geçmişi yoksa
- Bulimik hastalar arasında Tip 1 Diabet artış göstermektedir (39,50,64,68).

4.3.4. Tedavi

Tıbbi bozukluklar öncelikle düzeltilmelidir. Hastanın iyi fizik ve laboratuvar muayeneleri yapılmalı, elektrolitler, kalp durumu yakından izlenmelidir. Bulimiklerde opiyat sisteminin bozuk olduğu bilinmektedir. Naltrekson önemli ölçüde bulimik davranışta ve çıkarma davranışında azalmaya neden olur. Antidepresan ilaçlarda bu hastalarda yarar sağlamaktadır.

Bilişsel davranışsal tedavi ve kişiler arası psikoterapi etkindir. Bu yöntemle olgulardan bir haftalık yiyeceklerini ayrıntılı olarak bir yere yazması istenir. Bu yeme davranışını denetlerse ödüllendirilir. Gerçekçi bir yeme planı yapılır. Davranışçı tedavinin etkinliğini tedavi öncesindeki tablonun ağırlığı, kişilik bozukluğunun bulunuşu, depresyonun ve hastalığın süresi etkilemektedir.

Beslenme eğitimi, grup tedavisi, aile ve evlilik değerlendirmesi yapılmalıdır (19,57,42).

4.4 Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları

Hızlı bir şekilde ve çoğunlukla yalnızken ve yoğun kalori içeriği olan gıdalardan büyük miktarlarda yeme, şişmanlama kaygısı, düşük benlik saygısı, gastrik sıkıntının

tekrarlanan nöbetleri olarak tanımlama nöbetleri farklı yeme bozukluklarının alt tiplerindeki ortak davranışlardır.

Bu kategori yeme bozuklukları uzman programına kabullerin % 30 undan % 50'sine kadar olan kısmını temsil ederek gereğinden fazla geniştir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu DSM-IV de başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları arasında sayılmaktadır. Bu bozuklukta bulimiya özgü uygun olmayan dengeleyici davranışlar olmaz. Hızlı yeme, aç olmadan yeme, yalnızken yeme, fiziksel olarak rahatsız olana dek yeme, tikslenme gibi belirtilerde en az üç tanesi vardır. Erişkin kadınlarda yaşam boyu tanı ölçütlerini karşılama oranı % 1'dir. Genel toplumda kadınlarda % 1,8'dir. Tıbbi durumlarla birlikteliği obeziteye benzer. Bu bozuklukta yemenin ardından çıkarma olmaz. Gizli yerler. Suçluluk duygusu, mahcup olma ve kendinden tikslenme vardır.

Olumsuz çocukluk yaşantıları, ebeveynlerde depresyon, obeziteye karşı duyarlılık, şekil, kilo ve yeme ile ilgili yineleyen olumsuz düşünceler ve yorumlar, hastalık öncesi mükemmeliyetçilik ve negatif benlik algısının varlığı bu hastalık için risk etkenidir (1,10,11,16,50,68).

4.4.1. Tanı

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları için DSM-IV tanı kriterleri:

- Kadınlar için, bütün anoreksiya nervoza kriterlerinin bulunması, yalnız bireyin menstrual dönemlerinin düzenli olması.
- Bütün AN kriterlerinin bulunması, yalnız önemli ağırlık kaybına rağmen, bireyin mevcut ağırlığının normal aralık içinde bulunması,
- Bütün BN kriterlerinin bulunması, yalnız tıkınırcasına yeme veta uygun olmayan karşı önlem niteliğindeki mekanizmaların haftada iki kereden az bir sıklıkta gerçekleşmesi veya 3 aydan daha kısa süre olması.
- Normal beden ağırlığına sahip bir birey tarafından uygun olmayan önlem niteliğindeki davranışların küçük miktarlarda gıda yedikten sonra düzenli olarak uygulanması.
- Büyük miktarlardaki gıdayı çiğneyip tükürmek ama yutmamak, bu hareketin tekrarlanması
- Tıkınırcasına yeme bozukluğu: BN nin uygun olmayan karşı önlem

niteliğindeki davranışlarının yokluğunda tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri (1,10,11,50,68).

4.5 Yeme Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı

Hastane ortamında hemşireler, hastaların bakımından birinci derecede sorumlu olan ve bireylere gereksinimleri olan destek ve yardımları verebilecek nitelikteki profesyonellerdir.

Hemşirenin yeme bozukluğu olan bireye yardım edebilmesi için öncelikle yeme bozukluğunu çok iyi tanınması ve yeme bozukluğu olan bireylerin hemşirelik bakımı ve iletişim gibi konularda bilgi ve becerilerini kullanması gerekmektedir.

Anoreksiya nervozada temel amaç normal, sağlıklı, bireyselleştirilmiş, sabit bir vücut kilosu elde etmek ve korumaktır. Hemşirelik bakımı açısından kilo izlemi ve yeme izlemi çok önemlidir. Hastanın aldığı kalorilere çok dikkat edilmelidir. Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalı, bağırsak boşaltma ve kusma gibi eylemler kısıtlanmalıdır. Hastalara doğru beslenme eğitimi verilmeli, sağlıklı yeme alışkanlığı kazanmasına yardımcı olunmalıdır.

Hastalar sürekli egzersiz yapma eğilimindedirler. Bazı durumlarda hemşire hastaların fizik aktivitelerini kısıtlamalı, dürtüsel egzersizi önlemelidir.

Hastalarda ilaç kullanmaya karşı direnç olabilir. Hemşire hastaların ilaçlarını kullandığından emin olmalı ve eğer direnç varsa bunun üzerine konuşulmalı ve duygularını ifade etmesine fırsat verilmelidir.

Bu hastaların bazılarında öz kıyım girişimleri görülebilir. Hemşire hastanın güvenliğinden sorumludur ve özkıyım girişimlerine karşı hasta korunmalıdır.

Hastaların hijyenleri kontrol edilmeli öz bakım gereksinimleri karşılanmalıdır.

Hemşirenin bu hastalarla kurduğu iletişim çok önemlidir. Hemşire yargılayıcı olmamalı, hastayla çatışmalardan kaçınmalıdır. Manipulatif davranışların azaltılabilmesinde dengeleyici olmalıdır. Aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri gözlenmeli ve öz saygı ve sosyal ilişkilerini geliştirmesine yardımcı olunmalıdır. Yemek yeme ve stres arasındaki ilişki konuşulmalı ve hastada farkındalık oluşumuna yardımcı olunmalıdır. Özellikle yemek saati hastada olumsuz duygular üzerinde konuşulmalıdır. Hasta ailesi de hastalık ve beslenme konusunda eğitilmeli ve yemek saatinde hasta ile olan ilişkileri gözlenmelidir.

Bulimiya nervozada amaç hastanın dengeli beslenmesinin sağlanması ve hastanın sağlıklı kiloya sahip olmasıdır.

Bu çeşit yeme bozukluğunda hemşirelik girişimleri hastanın yeterli sıvı ve gıda alımının sağlanması ve hastanın kendini kontrol altına almasına yardımcı olunmasıdır. Hasta kusma nöbetleri yönünden gözlenmeli, laksatif alımı engellenmeli, uygun egzersiz konusunda teşvik edilmelidir.

Bu hastalarda da depresif duygu durumu olabileceğinden hasta güvenli bir çevrede tutulmalı ve öz kırım girişimleri yönünden önlemler alınmalıdır.

Hemşirenin bu hastalarla kuracağı iletişim çok önemlidir. Hasta duygularını açıklaması için cesaretlendirilmeli, kendi davranışlarının değerlendirilmesine yardımcı olunmalı, kendini ve bedenini gerçek olarak algılaması konusunda yardım edilmelidir. Bu hastalarda anksiyete çok yüksek olduğu için anksiyeteleri ile başa çıkma yolları öğretilmeli ve uygun baş etme yolları geliştirmesine yardımcı olunmalıdır.

Bu hastaların aileleri ile olan ilişkileri değerlendirilmeli, uygun ilişkiler kurmalarına yardımcı olunmalıdır. Aileye de hastalık konusunda eğitim verilmelidir.

Bu hastalar için önemli olan normal ve dengeli beslenmede kendi kendilerini kontrol edebilecek duruma gelmeleridir.

Toplum sağlığı alanında yeme bozukluğu riskinin belirlenmesinde ve erken müdahalede hemşirenin rolü en az klinikte olduğu kadar önemlidir.

Sağlık taramaları ve sağlık danışmanlığı çocukluk, adölesan ve gençlik döneminden çok önemlidir. Çünkü birçok hastalık bu dönemlerde başlamakta ve belirti vermektedir.

Ülkemizde 29 Eylül 2006 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı arasında imzalanan protokol gereğince, 2005-2006 eğitim öğretim yılından itibaren okul sağlığı çalışmalarına başlanmıştır. Protokol gereğince; okul sağlığı hizmetleri kapsamında; öğrencilerin sağlık sorunlarının zamanında tespiti, tedaviye başlanması, okul ve çevre koşullarının iyileştirilmesi ve koruyucu sağlık önlemlerinin alınması bakımından, okul sağlığı ve sağlık eğitimi çalışmaları devam etmektedir. Bugüne kadar okullardaki sağlık taramaları sağlık bakanlığının denetiminde olup, zorunlu tutulmamıştır. Bu sağlık taramaları belediyeler ve kaymakamlıklar, üniversiteler ve bazı araştırmalar kapsamında yapılmıştır. Bu tarama sonuçlarında çok ciddi

rahasızlıklar tespit edilmiş ve erken tanı ve tedavi açısından önemli sonuçlar alınmıştır. Özellikle gençlerde erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Birçok hastalık erken müdahale ile tamamen tedavi edilebilmekte veya ilerlemesi engellenmektedir. Bu da sonraki dönemde gelişebilecek hastane yatışlarını önlemekte, tedavi süresini kısaltmakta ve tedavi maliyetini düşürmektedir. Bu nedenlerden dolayı sağlık bakanlığı tarafından konu ile ilgili oluşturulan bir politika çerçevesinde tüm düzeydeki eğitim kurumlarında, içerisinde hemşirenin de yer aldığı sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilen düzenli sağlık taramaları ve ilgili birimler yönlendirme çalışmalarına ivedilikle yer verilmelidir.

Özellikle anoreksiya nervoza gibi ergenlikte başlayan hastalıklar çoğu zaman aile bireyleri ve çevre tarafından erken dönemde fark edilememektedir. Yeme reddi veya kusma ancak çok ilerlerse ya da gençte kilo kaybı çok fazla olursa fark edilmektedir. Çünkü aile çocuğun bu durumunu “düzensiz besleniyor”, “diyet yapıyor”, “iştahsız”, “zayıf olmak istiyor” gibi yorumlayarak durumun ciddiyetini fark edememektedir. Sonraki dönemde, gençte aşırı kilo kaybı olmasına karşın hala kendini kilolu algılama, kusma, zayıflama ilaçları kullanma, aç kalma gibi diğer belirtiler de ortaya çıkmaktadır. Aile ancak bu belirtilerin çoğu oraya çıktıktan sonra gencin sağlığı için endişelenmeye başlamakta ve anormal bir durum olduğunu fark etmektedir. Bazen hastalık anlaşılincaya kadar gençlerde amenore, kan elektrolit dengesinde bozulma gibi durumlar ortaya çıkabilir ve hastalık artık bireyin sağlığını iyice tehdit eder boyuta varabilir. Aileler ilgili uzmana başvurduğu noktada gençlerin hospitalizasyonu gerekir ve bazı vakalarda hastalık o kadar ciddi boyutlara varabilir ki, bireyin yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi gerekebilir.

Bu hastalıkta mortalite oranı yüksektir. Hospitalizasyon süreci gençler için olumsuz etkiler oluşturabilmekte ve eğitimine ara vermek zorunda kalabilmektedir. Ayrıca aile ilişkilerinde ve sosyal ilişkilerinde olumsuzluklara yol açabildiği gibi bu hastalığın tedavisinin uzun süreli ve yüksek maliyetli olması ekonomik olarak da aileyi ve gencin gelecekteki hedeflerini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenlerden dolayı yeme bozukluklarında erken müdahale çok önemlidir. Gencin ve ailenin bu olumsuz durumlarla baş etmesinde hemşirenin danışmanlık rolü ve tarama / izleme çalışmalarında da ekip içindeki rolü çok önemlidir (7,29,38,40,48,55,59, 61,62,68).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Aralık 2008 ile Ocak 2009 tarihleri arasında bir üniversite kampüsünde bulunan Tıp Fakültesi, Eczacılık Fakültesi, Hukuk Fakültesi ile Hemşirelik Yüksekokulu ile Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarında yetkililerden gerekli tüm yazılı ve sözlü izinler alınarak gerçekleştirilmiştir (Ek 3).

5.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ilindeki bir üniversite kampüsünde 2008-2009 öğretim yılında öğrenim görmekte olan 5420 öğrenci, araştırmanın örneklemini ise istatistiksel olarak evreni temsil etme özelliğine sahip 316 öğrenci oluşturdu.

Evreni temsil edecek örnekleme belirlenmede üniversitenin bölümlerinin (tıp, eczacılık, hukuk, hemşirelik, sağlık yüksek okulu) öğrenci sayılarının 5420 olduğu tespit edildi. Örneklem sayısının hesaplanmasında aşağıdaki formül uygulandı:

$$Nt^2pq$$

$$n = \frac{d^2(N-1) + t^2pq}{}$$

N Evrendeki birey sayısı

n Örneklem alınacak birey sayısı

p İncelenen olayın görülüş sıklığı

q İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$(5420) \cdot (1.96)^2 \cdot (0.30) \cdot (0.70)$$

$$\frac{\quad}{\quad} = n = 316$$

$$(0.05)^2 \cdot (5420-1) + (1.96)^2 \cdot (0.30) \cdot (0.70)$$

5.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 2008–2009 öğretim yılında araştırmanın yapıldığı kampüste öğrenim görüyor olmak,
- Çalışmayı katılmayı kabul etmek, olarak belirlenmiştir.

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı kampüste öğrencilerin boy ve kilosunu ölçmek için yeterli alan ve araç bulunmadığından öğrencilerin boy ve kilolarının belirlenememesi,

Öğrencilerin beden kitle indeksleri hesaplanırken boy ve kilo konusunda kendi ifadelerinden yararlanılmak zorunda kalınması,

Kız öğrencilerin (70 öğrenci) anket formunu doldurmaya direnç göstermesi ve formun yarım bırakılması ile vaka sayısının azalması,

Öğrencilerin kendi ifadeleri olduğu için bilgi düzeylerinin ölçülememesidir.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan gerekli onay ve çalışma için üniversitenin ilgili bölümlerinden (tıp, eczacılık, hukuk fakülteleri ile hemşirelik yüksekokulu ve sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu) yazılı izin alınmıştır (Ek-4).

Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi öğrencilere çalışmanın amacı ve yararı sözel ve yazılı (bilgilendirme formu) olarak belirtildi. Öğrenciler aydınlatılmış onam alınarak araştırma kapsamına alındı.

Katılımcılara, çalışmada bireylerin mahremiyetine ve bilgilerinin gizliliği ilkesine uyularak kişisel bilgilerin açıklanmayacağı belirtildi.

5.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, araştırmacı tarafından, literatür bilgisine dayalı olarak geliştirilen ve uzman görüşüne sunulan sosyo-demografik özellikleri sorgulayan 'Bilgi Formu' (Ek-1) ile Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Işık Savaşır ve Neşe Erol (58) tarafından 1989 yılında yapılmış olan Yeme Tutumu Testi kullanılmıştır (Ek-2).

Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayalı olarak geliştirilen, uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenen ve 19 maddeden oluşan formdur. Bilgi formu öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum gibi demografik özellikleri ve yaşadıkları yer, ailenin gelir düzeyi, boy, kilo, ve yeme davranışlarına ilişkin değişkenleri içermektedir (Ek-1).

Yeme Tutumu Ölçeği

Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiş, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Işık Savaşır ve Neşe Erol tarafından 1989 yılında yapılmıştır (58). Ölçek anorektik hastaların yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ve normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları ölçmektedir. Ölçek 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte anorektik yöndeki her ekstrem yanıt 3, diğer seçenekler ise 2 ve 1 olarak ayrı ayrı puanlanmış olup ölçeğin kesim puanı 30 olarak saptanmıştır. Bireylerin ölçekten yüksek puan almaları yeme bozuklukları açısından yüksek risk grubunda yer aldıklarını göstermektedir (16) (Ek 2).

5.8. Çalışmanın Planı

Çalışmanın başlangıç aşamasında tüm fakülte ve bölümler gruplandırılarak, her bölümdeki belirlenen öğrencilerin toplamı evreni oluşturdu. Evreni temsil edebilecek örneklem büyüklüğü hesaplanarak ve bu sayı basit rastlantısal örneklem seçimi yöntemine göre örneklem grubu oluşturuldu.

Her fakülte veya bölümün öğrenci sayıları farklı olduğu için hepsinin toplam öğrenci sayıları alınarak bunların üzerinden değerlendirilme yapıldı.

Öğrencilere ders sonunda “bilgi formu” ve “yeme tutum testi” dağıtılarak 20 dakika sürenin sonunda toplandı.

Bilgi formu ve ölçeği doldururken öğrencilerin ailelerin yeme konusundaki baskılarını içeren ifadeleri de tartışmada konu ile ilgili yorum yapılmak üzere değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonunda yeme tutumu testinden 30 ve üzeri puan alan öğrenciler yeme bozukluğu açısından risk grubu olarak değerlendirildi. Bu öğrenciler Erenköy

Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bir psikiyatriste yönlendirilerek, ilgili birimlerde tedavi hizmetleri alması ve izlenmesi amaçlandı.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Bir üniversite kampüsünde öğrenim gören öğrencilerin yeme tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular 3 ana başlık altında toplanmıştır.

1. Demografik Özelliklere Ait Bulgular,
2. Yeme Davranışına Ait Bulgular
3. Yeme Tutumu Testi ile İlgili Bulgular,

Çalışma 316 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiş olup, çalışmaya alınan bireylerin yaşları 17 ile 27 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 20.28 ± 1.65 'dir. Çalışmaya katılanların boy ortalaması $1.72 \pm 0,09$ metre, kilo ortalaması 66.11 ± 11.25 kg'dır. Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin BKİ düzeyi ortalaması ise 22.11 ± 2.71 olarak bulunmuştur.

1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tablo 1: Demografik Özelliklere Göre Dağılımlar

Demografik	Özellikler	n	%
Yaş	≤18	49	15,5
	19- 20	143	45,3
	21- 22	96	30,4
	23 ve üzeri	28	8,8
Cinsiyet	Kadın	214	67,7
	Erkek	102	32,3
Medeni Durum	Evli	2	0,6
	Bekar	314	99,4
Yaşanılan Yer	Aile	74	23,4
	Akraba	21	6,6
	Yurtta	95	30,1
	Yalnız ya da Arkadaş	126	39,9
Gelir	İyi	48	15,2
	Orta	241	76,3
	Kötü	27	8,5
BKI	Zayıf	66	20,8
	Normal	216	68,4
	Normal Üstü	34	10,8
Toplam		316	100

Çalışmaya katılan öğrencilerin %15.5'i 18 yaş ve altında, %45.3'ü 19-20 yaş arasında, %30.4'ü 21-22 yaş arasında ve %8.9'u ise 23 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır.

Katılımcıların % 67.7'si erkek, %32.3'ü kadındır. Katılımcıların %0.6'sı evli, %99.4'ü bekârdır. Çalışmaya katılanların %23.4'ü ailesi ile birlikte, %6.6'sı akrabaları ile, %30.1'i yurtta, %39.9'u yalnız ya da arkadaşlarıyla yaşamaktadır. Katılımcıların %15.2'sinin gelir düzeyi iyi iken, %77.2'sinin orta ve %8.5'inin kötüdür.

Çalışmaya katılanların %20.8'inin BKI düzeyi zayıf iken, %68.4'ünün normal ve %10.8'inin ise normal üstüdür.

YEME DAVRANIŞINA AİT BULGULAR

Tablo 2: Yeme Tutumu ile İlişkili Davranışların Dağılımı

		n	%
Beden Ağırlığı	Normalin Altı	53	16,7
	Normal	223	70,6
	Normal Üstü	40	12,7
Beden Ağırlığı ile İlgili Yapılanlar	Hiçbir Şey Yapmıyorum	198	62,7
	Kilo Vermeye	60	19,0
	Çalışıyorum Kilo Almaya Çalışıyorum	58	18,3
Kilo Vermek/ Almak İçin Egzersiz Yapma Durumu (son 3 ay içinde).	Evet	80	25,3
	Hayır	235	74,4
	Cevapsız	1	0,3
Kilo Vermek/Kilo Almayı Önlemek İçin Diyet Yapma Durumu(son3ay içinde).	Evet	87	27,5
	Hayır	229	72,5
24 saat/Daha Uzun Süre Aç Kalma Durumu (son 3 ay içinde).	Evet	8	2,5
	Hayır	308	97,5
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kontrolsüz Diyet Hapı/Sıvı/Toz Alma Durumu(son 3 ay içinde).	Evet	3	0,9
	Hayır	313	99,1
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kusma/Laksatif İlaç Kullanımı(son 3 ay içinde).	Evet	2	0,6
	Hayır	314	99,4
Kronik Bir Hastalık Olma Durumu	Evet	11	3,5
	Hayır	305	96,5
Sigara Kullanma Durumu	Evet	70	22,2
	Hayır	246	77,8
Beslenmenin Şekli	Düzenli Beslenme	85	26,9
	Düzensiz Beslenme	221	69,9
	Sadece Fast-Food	10	3,2
Toplam		316	100

Çalışmaya katılanların %16.7' sinin beden ağırlığı normalin altında, %70.6'sının normal ve %12.7'sinin beden ağırlığı ise normalin üzerindedir.

Katılımcıların %62.7'si beden ağırlığı için hiçbir şey yapmazken, %19'u kilo vermeye, %18.3'ü ise kilo almaya çalışmaktadır. Katılımcıların %16.7' sinin beden

ağırlığı normalin altında, %70.6'sının normal ve %12.7'sinin beden ağırlığı normalin üzerindedir.

“Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yaptınız mı?” sorusuna katılımcıların %25.3'ü evet, %74.4'ü hayır cevabını verirken, %0.3'ü bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Çalışmaya katılanların %27.5'i diyet yaparken kilo vermek/kilo almayı önlemek için daha az yemeyi, daha az kalori almayı ya da yağı azaltılmış yiyecekleri yemeyi tercih etmektedir. Son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amacıyla katılımcıların % 2.5'i 24 saat ya da daha uzun süre aç kalmakta ya da hiçbir şey yemediklerini belirtmişlerdir. Kilo vermek/kilo almayı önlemek amacıyla katılımcıların %0.9'u doktor tavsiyesi olmaksızın diyet hapları, toz ya da sıvılar kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir.. Kilo vermek/ kilo almayı önlemek için çalışmaya katılanların %0.6'sı kusmakta ya da laksatif ilaç (müshil ilaçları ya da fitilleri) kullanmaktadır.

Çalışmaya katılanların %3.5' inin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların %22.2'si sigara kullanmaktadır. Katılımcıların %26.9'u düzenli, %69.9'u düzensiz ve %3.2'si ise sadece fast-food tarzı beslenmektedir.

Tablo 3: Öğrencilerin Yeme Davranışlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Erkek (n=214).		Kadın (n=102).		Test İst.; p
		n	%	n	%	
Beden Ağırlığı tanımlama	Normalin Altı	41	19,2	12	11,8	$\chi^2:2,769$ Sd: 2 p:0,250
	Normal	146	68,2	77	75,5	
	Normal Üstü	27	12,6	13	12,7	
Beden Ağırlığı ile İlgili Yapılanlar	Hiçbir Şey Yapmıyorum	137	64	61	59,8	$\chi^2:10,834$ Sd: 2 p:0,004**
	Kilo Vermeye Çalışıyorum	31	14,5	29	28,4	
	Kilo Almaya Çalışıyorum	46	21,5	12	11,8	
Kilo Vermek/Kilo Almayı Önlemek İçin Egzersiz Yapma	Evet	45	21,1	35	34,3	$\chi^2:6,330$ Sd:1 p:0,012*
	Hayır	168	78,9	67	65,7	
Kilo Vermek/Kilo Almayı Önlemek İçin Diyet Yapma	Evet	42	19,6	45	44,1	$\chi^2:20,76$ Sd: 1 p:0,001**
	Hayır	172	80,4	57	55,9	
24 saat/Daha Uzun Süre Aç Kalma Durumu	Evet	4	1,9	4	3,9	$\chi^2:1,179$ Sd: 1 p:0,278
	Hayır	210	98,1	98	96,1	
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kontrolsüz Diyet Hapı/Sıvı/Toz Alma	Evet	1	0,5	2	2,0	$\chi^2:1,638$ Sd:1 p:0,201
	Hayır	213	99,5	100	98,0	
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kusma/Laksatif İlaç Kullanımı (son 3ayda).	Evet	1	0,5	1	1,0	$\chi^2:0,289$ Sd: 1 p:0,591
	Hayır	213	99,5	101	99,0	
Beslenmenin Şekli	Düzenli	65	30,4	20	19,6	$\chi^2:5,077$ Sd: 2 p:0,079
	Düzensiz	144	67,3	77	75,5	
	Fast-Food	5	2,3	5	4,9	

χ^2 : ki-kare testi

sd: Serbestlik derecesi

p: Anlamlılık düzeyi

* p<0.05

** p<0.01

Cinsiyet ile beden ağırlığını tanımlama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Cinsiyetlere göre beden ağırlığı ile ilgili yapılan davranışlar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir. ($p<0.01$). Kadınlarda kilo vermeye çalışma oranı, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek; erkeklerin de kilo almaya çalışma oranı, kadınlardan anlamlı şekilde yüksek olarak saptanmıştır.

Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma oranı cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kadınları son 3 ay içerisinde egzersiz yapma durumu, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. ($p<0,05$).

Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapma oranı cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kadınların diyet yapma durumu, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,01$).

Son üç ay içerisinde kilo vermek/ kilo almayı önlemek amaçlı 24 saat ya da daha uzun süre aç kalma oranı cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Son üç ay içerisinde kilo vermek/ kilo almayı önlemek amaçlı doktor tavsiyesi olmaksızın diyet hapları, toz ya da sıvı alma oranı ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Cinsiyet ile son üç ay içerisinde kilo vermek/ kilo almayı önlemek amaçlı kusma ya da laktasif ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Cinsiyet ile beslenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p>0.05$). Anlamlı bir ilişki bulunmama ile birlikte, erkeklerde düzenli beslenme oranının, kadınlardan daha yüksek oluşu dikkat çekmektedir.

Tablo 4: Yaşanılan Yer ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiler

		Yaşanılan Yer								Test İst.; p
		Aile ile (n=74).		Akraba ile (n=21).		Yurtta (n=95).		Yalnız/ Arkadaş ile (n=125).		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Kilo Vermek/ Almak İçin Egzersiz Yapma	Evet	25	33,8	3	14,3	19	20,0	33	26,4	$\chi^2:5,64$ <i>2 Sd:3</i> <i>p:0,130</i>
	Hayır	49	66,2	18	85,7	76	80,0	92	73,6	
Kilo Vermek/Kilo Almayı Önlemek İçin Diyet Yapma	Evet	31	41,9	4	19,0	19	20,0	33	26,2	$\chi^2:11,2$ <i>21 Sd:</i> <i>3</i> <i>p:0,011</i> <i>*</i>
	Hayır	43	58,1	17	81,0	76	80,0	93	73,8	
24 saat veya Daha Uzun Süre Aç Kalma Durumu	Evet	3	4,1	0	0	3	3,2	2	1,6	$\chi^2:1,84$ <i>7 Sd: 3</i> <i>p:0,605</i>
	Hayır	71	95,9	21	100	92	96,8	124	40,3	
Beslenme Şekli	Düzenli	18	21,2	2	2,4	32	37,6	33	38,8	$\chi^2:7,92$ <i>5 Sd: 6</i> <i>p:0,244</i>
	Düzensiz	52	23,5	18	8,1	62	28,1	89	40,3	
	Fast- Food	4	40,4	1	10,0	1	10,0	4	40,0	

 χ^2 : ki-kare testi

sd: Serbestlik derecesi

p: Anlamlılık düzeyi

* $p < 0.05$

Yaşanılan yer ile son üç ay içerisinde kilo vermek veya kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Yaşanılan yer ile son üç ay içerisinde kilo vermek veya kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Ailesi ile birlikte yaşayan katılımcılardan kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapanların oranı; diğer yerlerde yaşayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

Yaşanılan yer ile son üç ay içerisinde kilo vermek/ kilo almayı önlemek amaçlı 24 saat ya da daha uzun süre aç kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p > 0.05$). Yaşanılan yer ile beslenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 5: BKI Düzeyi ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiler

		BKI						Test İst.; p
		Zayıf (n=66).		Normal (n=216).		Normal Üstü (n=34).		
		n	%	n	%	n	%	
Beden Ağırlığı	Normal Altı	30	45,5	21	9,7	2	5,9	$\chi^2:120,487$ Sd: 4 p:0,001**
	Normal	36	54,5	175	81,0	12	35,3	
	Normal Üstü	0	0	20	9,3	20	58,8	
Beden Ağırlığı ile İlgili Yapılanlar	Hiçbir Şey Yapmıyorum	33	50,0	144	66,7	21	61,8	$\chi^2:31,680$ Sd: 4 p:0,001**
	Kilo Vermeye Çalışıyorum	8	12,1	39	18,1	13	38,2	
	Kilo Almaya Çalışıyorum	25	37,9	33	15,3	0	0	
Kilo Vermek/Almak İçin Egzersiz Yapma	Evet	9	13,6	59	27,3	12	36,4	$\chi^2:7,332$ Sd:2 p:0,026*
	Hayır	57	86,4	157	72,7	21	63,6	
Kilo Vermek\Kilo Almayı Önlemek İçin Diyet Yapma	Evet	14	21,2	58	26,9	15	44,1	$\chi^2:6,059$ Sd: 2 p:0,048*
	Hayır	52	78,8	158	73,1	19	55,9	
24 saat veya Daha Uzun Süre Aç Kalma Durumu	Evet	2	3,0	6	2,8	0	0	$\chi^2:1,003$ Sd: 2 p:0,606
	Hayır	64	97,0	210	97,2	34	100,0	
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kontrolsüz Diyet Hapı/Sıvı/Toz Alma	Evet	2	3,0	1	0,5	0	0	$\chi^2:3,909$ Sd: 2 p:0,142
	Hayır	64	97,0	215	99,5	34	100	
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kusma/Laksatif İlaç Kullanımı	Evet	0	0	2	0,9	0	0	$\chi^2:0,932$ Sd: 2 p:0,628
	Hayır	66	100	214	99,1	34	100	
Sigara Kullanım	Evet	8	12,1	58	26,9	4	11,8	$\chi^2:8,745$ Sd: 2 p:0,013*
	Hayır	58	87,9	158	73,1	30	88,2	
Beslenme Şekli	Düzenli	14	16,5	62	29,2	9	26,5	$\chi^2:4,200$ Sd: 4 p:0,380
	Düzensiz	51	76,5	145	67,6	25	73,5	
	Fast-Food	1	1,5	9	4,2	0	0	

χ^2 : ki-kare testi

sd: Serbestlik derecesi

p: Anlamlılık düzeyi

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

BKI düzeyi ile beden ağırlığı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0.01$). BKI düzeyi arttıkça, beden ağırlığı da artmaktadır.

BKI düzeyi ile beden ağırlığı ile ilgili yapılan davranışlar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). BKI düzeyi zayıf olan katılımcıların kilo almaya çalışma oranları, BKI düzeyi normal ve normal üstü olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulundu.

BKI düzeyi ile son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($p<0.05$). BKI düzeyi zayıf olanların kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma oranları, BKI düzeyi normal ve normalüstü olanlardan anlamlı şekilde düşük olarak tespit edilmiştir.

BKI düzeyi ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0.05$). BKI düzeyi normal üstü olanların kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapma oranları, BKI düzeyi zayıf ve normal olanlardan anlamlı şekilde yüksek olarak saptanmıştır.

BKI düzeyi ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı 24 saat ya da daha uzun süre aç kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

BKI düzeyi ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı doktor tavsiyesi olmaksızın diyet hapları, toz ya da sıvı alımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

BKI düzeyi ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı kusma ya da laktasif ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

BKI düzeyi ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).. BKI düzeyi normal olanların sigara kullanma oranları (%26.9), BKI düzeyi zayıf (%12.1) ve normal üstü (%11.8) olanlardan anlamlı şekilde yüksektir.

BKI düzeyi ile beslenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 6: Beden Ağırlığı ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiler

		Beden Ağırlığı						Test İst.; p
		Normal Altı (n=53).		Normal (n=223).		Normal Üstü (n=40).		
		N	%	n	%	n	%	
Beslenmenin Şekli	Düzenli	13	24,5	61	27,4	11	27,5	$\chi^2:2,690$ <i>Sd:4</i> <i>p:0,611</i>
	Düzensiz	40	75,5	153	68,6	28	70,0	
	Fast-Food	0	0	9	4,0	1	2,5	
Beden Ağırlığı ile İlgili Yapılanlar	Hiçbir Şey Yapmıyorum	20	37,7	161	72,2	17	42,5	$\chi^2:102,606$ <i>Sd:4</i> <i>p:0,001**</i>
	Kilo Vermeye Çalışıyorum	3	5,7	34	15,2	23	57,5	
	Kilo Almaya Çalışıyorum	30	56,6	28	12,6	0	0	
Kilo Vermek/ Almak İçin Egzersiz Yapma	Evet	8	15,4	49	22,0	23	57,5	$\chi^2:25,889$ <i>Sd:2</i> <i>p:0,001**</i>
	Hayır	44	84,6	174	78,0	17	42,5	
Kilo Vermek/Kilo Almayı Önlemek İçin Diyet Yapma	Evet	6	11,3	56	25,1	25	62,5	$\chi^2:32,150$ <i>Sd:2</i> <i>p:0,001**</i>
	Hayır	47	88,7	167	74,9	15	37,5	
24 saat veya Daha Uzun Süre Aç Kalma Durumu	Evet	2	3,8	5	2,2	1	2,5	$\chi^2:0,407$ <i>Sd:2 p:0,816</i>
	Hayır	51	96,2	218	97,8	39	97,5	
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kontrolsüz Diyet Hapı/Sıvı/Toz Alma	Evet	0	0	3	1,3	0	0	$\chi^2:1,263$ <i>Sd:2 p:0,532</i>
	Hayır	53	100	220	98,7	40	100	
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kusma/Laksatif İlaç Kullanımı	Evet	0	0	2	0,9	0	0	$\chi^2:0,839$ <i>Sd:2 p:0,657</i>
	Hayır	53	16,9	221	99,1	40	100	

 χ^2 : ki-kare testi

sd: Serbestlik derecesi

p: Anlamlılık düzeyi

** p<0.01

Beden ağırlığı ile beslenmenin şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Beden ağırlığı ile beden ağırlığı ile ilgili yapılan şeyler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Beden ağırlığı normalin altında olanların kilo almaya çalışma oranları yüksekken; normal olanların hiçbir şey yapmama ve normalin üstünde olanlarında kilo vermeye çalışma oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Beden ağırlığı ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapılması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Beden ağırlığı normalin üstünde olanların kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma oranları (%57.5) beden ağırlığı zayıf (%15.4) ve normal (%22) olanlardan anlamlı şekilde yüksektir.

Beden ağırlığı ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapılması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Beden ağırlığı normalin üstünde olanların kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapma oranları (%62.5), beden ağırlığı zayıf (%11.3) ve normal (%25.1) olanlardan anlamlı şekilde yüksektir.

Beden ağırlığı ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı 24 saat ya da daha uzun süre aç kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Beden ağırlığı ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı doktor tavsiyesi olmaksızın diyet hapları, toz ya da sıvı alımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Beden ağırlığı ile son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı kusma ya da laktasif ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

3. YEME TUTUMU TESTİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Yeme Tutumunu Ölçme Anketinin Geçerlilik Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ankete uygulanan geçerlilik güvenilirlik analizi sonuçlarına göre uygulanan anket geçerli ve güvenilir bulunmuş olup değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Tablo 7: Yeme Tutumu Testi İç Tutarlılık Değerlendirmeleri

	İç tutarlılık (r).
Yeme Tutumu Testi (40).	0,726

Toplam tüm soruların Cronbach's Alpha katsayısı 0,726 olarak bulunmuş olup, anketin iyi düzeyde geçerlilik ve güvenilirlik katsayısına sahip olduğu söylenebilir.

Yeme tutumu puanı 1 ile 59 arasında değişmekte olup ortalama puan $15,99 \pm 8,65$ 'dir.

Yeme tutumu puanı 30 ve üzeri olanlar yeme bozukluğu riski yüksek olarak saptandığından değerlendirmeleri bu sınıflamaya göre yapılmıştır. Yeme bozukluğu riski görülen %7 katılımcı; görülmeyen ise % 93 katılımcı saptanmıştır.

Tablo 8: Yeme Bozukluğu Riski ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Yeme Bozukluğu Riski				Test İst.; p	
	Yok		Var			
	n	%	n	%		
Yaş	18 yaş ve altı	45	91,8	4	18,2	$\chi^2: 5,404; sd:3;$ $p:0,144$
	19 -20 yaş	129	43,9	14	63,6	
	21 – 22 yaş	94	32,0	2	9,1	
	23 yaş ve üstü	26	8,8	2	9,1	
Cinsiyet	Erkek	204	69,4	10	45,5	$\chi^2: 5,363; sd:1;$ $p:0,021^*$
	Kadın	90	30,6	12	54,5	
Medeni Durum	Evli	2	0,7	0	0,0	$\chi^2: 0,151; sd:1;$ $p:0,698$
	Bekar	292	99,3	22	100	
Yaşanılan Yer	Aile	69	23,5	5	22,7	$\chi^2: 0,192; sd:3;$ $p:0,979$
	Akraba	20	6,8	1	4,5	
	Yurtta	88	29,9	7	31,8	
	Yalnız ya da arkadaş	117	39,8	9	40,9	
Gelir	İyi	44	15,0	4	18,2	$\chi^2: 0,585; sd:2;$ $p:0,746$
	Orta	224	76,2	17	77,3	
	Kötü	26	8,8	1	4,5	

 χ^2 : ki-kare testi

sd: Serbestlik derecesi

p: Anlamlılık düzeyi

* $p<0.05$

Yaş ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Cinsiyet ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yeme bozukluğu riski bulunan kadın katılımcıların oranı, yeme bozukluğu riski bulunan erkek katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Medeni durum ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşanılan yer ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Gelir düzeyi ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9: Beden Ağırlığına Yönelik Davranışların Yeme Bozukluğu Riskine Göre Değerlendirilmesi

		Yeme Bozukluğu Riski				Test İst.; p
		Yok (n=294).		Var (N=22).		
		n	%	n	%	
BKI	Zayıf	59	20,1	7	31,8	$\chi^2:3,897$
	Normal	201	68,4	15	68,2	<i>Sd:2</i>
	Normal Üstü	34	11,6	0	0	<i>p:0,142</i>
Beden Ağırlığı ile İlgili Yapılanlar	Hiçbir Şey Yapmıyorum	188	63,9	10	45,5	$\chi^2:15,551$ <i>Sd:2</i> <i>p:0,001**</i>
	Kilo Vermeye Çalışıyorum	49	16,7	11	50,0	
	Kilo Almaya Çalışıyorum	57	19,4	1	4,5	
Kilo Vermek/ Almak İçin Egzersiz Yapma	Evet	69	23,5	11	50,0	$\chi^2:7,556$ <i>Sd:1</i> <i>p:0,006**</i>
	Hayır	224	76,5	11	50,0	
Kilo Vermek/Kilo Almayı Önlemek İçin Diyet Yapma	Evet	73	24,8	14	63,6	$\chi^2:15,449$ <i>Sd:1</i> <i>p:0,001**</i>
	Hayır	221	75,2	8	36,4	
24 saat veya Daha Uzun Süre Aç Kalma Durumu	Evet	5	1,7	3	13,6	$\chi^2:11,817$ <i>Sd:1</i> <i>p:0,001**</i>
	Hayır	289	98,3	19	86,4	
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kontrolsüz Diyet Hapı/Sıvı/Toz Alma	Evet	2	0,7	1	4,5	<i>Fisher's Exact</i> <i>p:0,071</i>
	Hayır	292	99,3	21	95,5	
Kilo Vermek/Almayı Önlemek İçin Kusma/Laksatif İlaç Kullanımı	Evet	1	0,3	1	4,5	<i>Fisher's Exact</i> <i>p:0,016*</i>
	Hayır	293	99,7	21	95,5	

χ^2 : ki-kare testi
p<0.05

Fisher's Exact test
** p<0.01

p: Anlamlılık düzeyi
sd: Serbestlik derecesi

Yeme bozukluğu ile BKI düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Beden ağırlığı ile ilgili yapılan davranışlar ile yeme tutumu testi puanları

arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Yeme bozukluğu riskli bulunan katılımcılarda kilo vermeye çalışma oranı, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma oranı, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapılması ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı diyet yapma oranı, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı 24 saat ya da daha uzun süre aç kalma ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı 24 saat ya da daha uzun süre aç kalma oranı, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı kontrolsüz diyet hâpî/toz/sıvı kullanma ile yeme tutumu testi puanları arasında anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Anlamlı bir ilişki saptanmamakla birlikte yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda kontrolsüz diyet hâpî/toz/sıvı kullanma oranı, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre daha yüksek oluşu dikkat çekicidir.

Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek için kusma ya da laktasif ilaç kullanma ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($p<0.05$). Yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı kusma ya da laktasif ilaç kullanma oranı, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 10: Yeme Bozukluğu Riski ile Diğer Değişkenlere İlişkin Değerlendirmeler

		Yeme Bozukluğu Riski				Test İst.; p
		Yok (n=294).		Var (n=22).		
		n	%	n	%	
Beden Ağırlığı	Normal Altı	48	16,3	5	22,7	$\chi^2:0,757$
	Normal	208	70,7	15	68,2	<i>Sd:2</i>
	Normal Üstü	38	12,9	2	9,1	<i>p:0,685</i>
Kronik Hastalık Olma Durumu	Evet	8	2,7	3	13,6	$\chi^2:7,258$
	Hayır	286	97,3	19	86,4	<i>Sd:1</i> <i>p:0,007**</i>
Sigara Kullanımı	Evet	65	22,1	5	22,7	$\chi^2:0,005$
	Hayır	229	77,9	17	77,3	<i>Sd:1</i> <i>p:0,946</i>
Beslenmenin Şekli	Düzenli	83	28,2	2	9,1	$\chi^2:5,889$
	Düzensiz	203	69,0	18	81,8	<i>Sd:2</i>
	Fast-Food	8	2,8	2	9,1	<i>p:0,050*</i>

χ^2 : ki-kare testi

sd: Serbestlik derecesi

p: Anlamlılık düzeyi

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Beden ağırlığını tanımlama ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Kronik hastalık olma durumu ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$). Yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda kronik hastalık olma durumu, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Sigara kullanımı ile yeme testi tutumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Beslenme şekli ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda düzensiz beslenme oranı, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 11: Ailenin Öğrencinin Yeme Davranışına İlişkin Tutumu ile Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişki

Aile Tutumu		Yeme Bozukluğu				Test İst.; <i>p</i>
		Yok (n=294).		Var (n=22).		
		n	%	n	%	
Ailenin baskıcı tutumu	Yok	166	56,5	6	27,3	$\chi^2:10,45,$ <i>Sd:3</i> $p:0,015^*$
	Sık Sık	57	19,4	4	18,2	
	Çok Sık	25	8,5	4	18,2	
	Daima	46	15,6	8	36,4	

Ailenin çocuğa yeme konusundaki baskısı ile yeme tutumu testi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p<0,05$). Çok sık ve daima baskı uygulayan ailelerin çocuklarında yeme bozukluğu görülme oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde genç nüfusta, yeme bozukluklarının yanı sıra, tanı konulacak düzeye ulaşmayan sağlıklı yeme davranışları görülebilmektedir. Son yıllarda yeme bozukluklarının yaygınlığı büyük ölçüde artmıştır. Yeme bozuklukları genellikle ergenlik döneminde başlamakla birlikte, yeme tutumu ve davranışları yaşamın daha erken dönemlerinde şekillenmektedir. Bu nedenle sağlıklı yeme davranışlarını belirlemek, yeme bozuklukları oluşmadan önce müdahale etme ve önleme fırsatı sağlar. Bu araştırma, üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarını belirlemek ve risk grubunda olan öğrencileri ilgili birimlere yönlendirmek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde, üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri, yeme davranışlarının ve yeme tutumu testi puanlarının değerlendirilmesinden elde edilen bulgular diğer çalışmalar ve literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır (50,68).

Bir üniversite kampüsünde öğrenim gören öğrencilerin yeme tutumu ve davranışlarını değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada yaş ortalaması 20.28 ± 1.65 olarak belirlendi. Siyez ve ark. çalışmasında yaş ortalaması 22.2, İlhan ve ark çalışmasında ortalaması 21.9 ± 2.1 , Erol ve ark. çalışmasında yaş ortalaması 20.42, Polat ve ark. çalışmasında yaş ortalaması 18.85 ± 1.70 olarak bulunmuştur. Araştırma bulguları Siyez ve ark., İlhan ve ark., Polat ve ark.'nın bulguları ile benzerlik göstermektedir (35,54,60).

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında % 67,7'sinin erkek olması; örneklem grubundaki kadınların çalışmaya katılmayı kabul etmede isteksiz olması, bilgi formu ve ölçeğin tamamını doldurmamaları ve özellikle hukuk bölümünde okuyan öğrencilerin çoğunluğunun erkek olması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin % 39,9'u yalnız ya da arkadaşları ile yaşamaktadır. Siyez ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin % 44.1'inin arkadaşları ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Araştırma bulguları diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir (60).

Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin beden kitle indeksi (BKİ) ortalamasının 22.11 ± 2.71 olduğu belirlendi. Polat ve ark.'nın çalışmasında BKİ ortalaması 20.86 ± 3.06 , Erol ve ark. çalışmasında BKİ ortalaması 20.24 olarak bulunmuştur. Bulgular araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir (24,54).

Çalışma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin BKİ'leri % 20,8'i zayıf, %68,4'ü normal, % 10,8'i ise normalin üstü olarak saptanmıştır. Beden ağırlıklarını algılamalarına baktığımızda % 16,7'si normalin altı, % 70,6'sı normal, % 12,7'si beden ağırlıklarını normalin üstü olarak algılamaktadır. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi BKİ düzeyleri zayıf ya da normal sınırlarda olan bir grup katılımcı bedenlerini normal ya da normalin üstü olarak algılamaktadır. Literatüre göre yeme bozukluğu tanı kriterlerinden biri de bireyin beden ağırlığını algılamasının bozulmasıdır. Birey, beden kitle indeksi zayıf veya normal sınırlarda olmasına karşın bedenini fazla kilolu olarak algılar. Bu sonuç bize katılımcılar arasında yeme bozukluğu riski bulunabileceğini düşündürmüştür (50).

Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin beden ağırlığıyla ilgili yaptığı davranışlarda kadınların % 28,4'ü kilo vermeye çalışmaktadır. Bu oran erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Polat ve ark.'nın (46) çalışmasında kadınlarda kilo vermeye çalışma oranını % 29,9 olduğunu ve bunun erkeklerden yüksek olduğunu bulmaları çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir. Literatür göre yeme bozuklukları kadınlar arasında daha yaygındır. Bu cinsiyet farkının, kadınların "ince" olmasına ilişkin kültürel baskıdan kaynaklandığı belirtilmektedir. Kadınlar, kilo verme konusunda daha fazla yardıma başvurmakta, bu konuda profesyonel olduğu kadar ticari olarak da sunulan hizmetlerden yararlanmaktadır (54,68).

Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma oranı, cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kadınların egzersiz yapma durumu % 34,3 oranı ile, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Egzersiz yapma durumu, Kara ve ark.'nın çalışmasında kadınlarda % 58,7, Rodriguez ve ark.'nın çalışmasında kadınlarda % 38,3 olarak belirlemişlerdir. Araştırma bulguları, Kara ve ark., Rodriguez ve ark.'nın bulgularıyla benzerlik göstermektedir (38,49,56).

Literatüre göre diyet yapmak, tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimiya nervoza başlama riskini arttırmaktadır. Sıkı diyet kurallarını bozma aşırı yemeye sonuçlanmaktadır. Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinde diyet yapma oranı cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kadınların diyet yapma durumu, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,01$). Özmen ve ark. ile Polat ve ark. çalışmalarında kız öğrencilerin erkeklere göre kendilerini

şışman bulduklarını ve diyet yaptıklarını bildirmektedir. Araştırma bulguları Polat ve ark., Özmen ve ark. bulgularıyla benzerlik göstermektedir (19,49,54).

Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinde 24 saat ya da daha uzun süre aç kalma oranı cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). İlhan ve ark.'nın çalışmasında da cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırma bulguları İlhan ve ark.'nın bulguları ile paralellik göstermektedir (35).

Yemek yedikten sonra kusma, yeme bozukluklarının önemli belirtilerindedir. Bu belirtinin olması, ileride yeme bozukluğu riski taşımaları nedeniyle değerlendirilmesi gereken bir durum olduğunu göstermektedir. Polat ve ark. çalışmasında, Özmen ve ark., İlhan ve ark.'nın çalışmasında zayıflamak için kendini kusturma oldukça düşük oranlarda saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada cinsiyet ile kusma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırma bulguları Polat ve ark., Özmen ve ark., İlhan ve ark. bulgularıyla paralellik göstermektedir (19,35,54).

BKI düzeyi ile beden ağırlığı ile ilgili yapılan davranışlar, son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma, diyet yapma, uzun süreli aç kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç; BKİ'nin normalin dışında olduğu durumlarda bireylerin egzersiz ve diyet yapma ve uzun süreli aç kalma davranışında da değişimin olduğunu göstermektedir ve bu durumun beklenen bir davranış biçimi olduğunu düşündürmektedir.

BKI düzeyi ile beslenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatüre göre düzenli beslenme kilo kontrolünü sağlamak açısından çok önemlidir. Çalışma bulgusu literatür bulgusuyla benzerlik göstermemektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin düzenli, düzensiz ve fast-food tarzı beslenmeden ne anladıklarını tam olarak belirleyememiş olmamız çalışmanın sınırlılık kapsamına girmektedir. Öğrenciler günde 3 öğün yemek yemeği düzenli beslenme olarak ifade etmişlerdir. Bu durumun bireysel algılamadan kaynaklanabileceği düşünülmektedir (16,40).

Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu Testi Puanlarının Değerlendirilmesi

Literatüre göre 80'lerden itibaren yeme bozukluklarının insidansında belirgin bir artış gözlenmeye başlamıştır. Gençlerde yeme bozukluğu insidansı % 5'dir. Gelişmiş

ülkelerde yapılmış pek çok çalışma yeme bozukluklarının toplumlarda oldukça sık görülmekte olduğunu, Anoreksiya ve Bulimiya Nervosa insidanslarının giderek artmakta olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle AN ve BN hastalıkları Dünya Sağlık Örgütü tarafından “tıbbi dikkat” gerektiren “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmıştır. Yeme bozuklukları adolesan ve genç erişkinlerdeki yüksek prevalansı, diğer ruhsal ve bedensel sorunlarla komorbidite ve mortalitesi nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gerektiren bir durumdur. Çalışmamızda gençlerde yeme bozukluğu riski % 7 olarak bulunmuştur. Bu sonuç bize yeme bozukluklarının literatürde belirtildiği şekilde giderek artmakta olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle yeme bozuklukları riskinin belirlenmesi, sıklığının saptanması ve eşlik eden faktörlerin belirlenmesi birincil ve ikincil koruma sağlanabilmesi yönünden oldukça önemlidir (24,28, 51).

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinde yeme tutumu testinden alınan puan ortalamaları arasında cinsiyetlere göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada kız öğrencilerin %11,7’si YYT’den 30 ve üzeri puan alırken, erkek öğrencilerin %4,6’sı 30 ve üzeri puan almıştır. YTT’den 30 ve üzeri puan alan tüm öğrencilerin %54,5’inin kadın, % 45,5’inin erkek olduğu bulunmuştur. Erol ve ark.’nın çalışmasında YTT’den 30 ve üzeri puan alan kız öğrencilerin oranı % 6,1, erkek öğrencilerin oranı % 1,6’dır. Polat ve ark.’nın, Siyez ve ark.’nın çalışmasında yeme bozukluğu riski bulunan kız öğrencilerin oranının erkek öğrencilerin oranından yüksek olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulguları Siyez ve ark., Erol ve ark., Polat ve ark. bulguları ile paralellik göstermektedir. Literatüre göre yeme bozuklukları kadın nüfusunun yaklaşık olarak yüzde 3 ile 5 arasındaki kısmını ve yaklaşık olarak bunun üçte biri kadar erkek nüfusunu etkilemektedir. Bu bozuklukların subsendromal şekilleri yaygın ölçüde görülmekte ve özellikle kadınlarda zayıflığa ve erkeklerde kaslılığa dair yaygın ve gereğinden fazla değer veren gençlerin yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (24,37,54,60).

Yeme bozuklukları daha çok üst ve orta sınıfta görülen bir bozukluktur. Altuğ ve ark., Wang ve ark., Siyez ve ark.’nın çalışmasında yeme bozuklukları ile sosyo-ekonomik düzey arasında anlamlı farklılık bildirilmemiştir. Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada gelir düzeyi ile yeme bozukluğu riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırma bulguları Altuğ ve ark., Siyez ve ark., Wang ve

ark.'nın bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu bulgular bize son dönemde zayıflığın yüceldilmesi ve desteklenmesinin medya aracılığı ile tüm sosyo-ekonomik düzeydeki bireyleri etkilediğini düşündürmektedir (5,60,63).

Çalışmamızda yeme bozukluğu riski ile BKI arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Literatüre göre, yeme bozukluğu görülen bireylerde BKI normalin altında olmasına rağmen birey kendini kilolu olarak algılar ve sürekli olarak zayıflamaya yönelik bir çaba içindedir. Yeme Tutum Testi ile 30 ve üzeri puan alma durumu ile bu anlamda risk grupları belirlenmektedir. Bozukluk tanısı almamış olmaları nedeniyle BKI'nin normal sınırlarda olmasının beklenen bir durum olduğu düşünülmektedir (50,68).

Literatüre göre, yeme bozukluğu bulunan bireylerde sürekli bir şekilde zayıf olmaya yönelik bir çaba vardır. Özellikle AN'li hastalarda bir deri bir kemik denecek şekilde ağır bir zayıflama olmasına karşın hasta kendini şişman ya da şişmanlayacak gibi hissederek yemekten kaçınmaktadır. Yemek yeseler bile hastalar kalorisiz yiyecekler seçmeye, yediğini kusarak çıkarmaya, fazla hareketle yakmaya çalışırlar ya da iştah kesici, diüretik ve laksatif ilaçlar kullanarak kilo almamaya ya da zayıflamaya çalışırlar ve kilo almaktan çok korkarlar. Özmen ve ark., İlhan ve ark., Polat ve ark.'nın çalışmasında yeme bozukluğu riski bulunan bireylerde sürekli kilo vermeye çalışma, kilo vermek amaçlı egzersiz yapma, diyet yapma, uzun süreli aç kalma, zayıflatıcı ilaç ve laksatif kullanma ve kusma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada yeme bozukluğu riski ile kilo vermeye çalışma, kilo vermek amaçlı egzersiz yapma, uzun süreli aç kalma ve kusma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Araştırma bulguları Özmen ve ark., İlhan ve ark., Polat ve ark.'nın bulguları ile benzerlik göstermektedir (12,35,37,49,54,68).

Kronik hastalık olma durumu ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda kronik hastalık olma durumu, yeme bozukluğu riski bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yeme bozuklukları endokrin sistem, sindirim sistemi ve merkezi sinir sistemi hastalıkları ile karışabilmektedir. Bu hastalıklara bağlı bireylerde sekonder anoreksiya gelişebilmektedir. Başvurularda yeme bozukluklarını değerlendirirken bu durumu da

göz önünde bulundurması gerekmektedir. Öğrenciler kronik hastalık olarak genellikle astım, gastrit ve ülser hastalıklarını belirtmişlerdir. (53).

Beslenme şekli ile YTT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yeme bozukluğu riski bulunan katılımcılarda düzensiz beslenme oranı yeme bozukluğu bulunmayan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksektir. Literatüre göre yeme bozukluğunun klinik belirtilerinden bazıları uzun süreli aç kalma, sadece düşük kalorili yiyeceklerle beslenme, yemek yedikten sonra bilinçli olarak kusmadır. Yeme bozukluğu riski bulunan öğrencilerde düzensiz beslenmenin yüksek olarak bulunması, bu öğrencilerde hastalık belirtilerinin görülmeye başladığı şeklinde yorumlandı (12,37,50,68).

Çok sık ve daima yeme davranışı üzerinde baskı uygulayan ailelerin çocuklarında yeme bozukluğu görülme oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Literatüre göre aile yapıları itibariyle çocuğa hareket özgürlüğünün verilmemesi ve aile işleyişi açısından yeterli doyum alınamayan ilişkilerin varlığı, aile içerisinde olan çocuğa yönelik baskı genci ileriki yaşantısında bu bozuklukları göstermeye eğilimli hale getirmektedir. Öğrenciler bilgi formu ve ölçeği doldururken “annem ve/veya ananem genellikle yemem konusunda çok baskı yapar; annem hep daha fazla yememi bekler; annem daha fazla yemem konusunda çok baskı yaptığı için aileme sofraya oturmuyorum” gibi ifadelerde bulunmuşlardır. Bu ifadelerden yola çıkarak aile içinde yeme konusundaki baskının daha çok anne tarafından yapıldığını düşünülmüştür. Araştırma bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir (60).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Çalışmaya katılan 316 üniversite öğrencisinin yaş ortalaması 20.28 ± 1.65 , %67.7’si erkek, %32.3’ü kadın; %0.6’sı evli, %99.4’ü bekar, %23.4’ü ailesi ile birlikte, %6.6’sı akrabaları ile, %30.1’i yurttan, %39.9’u yalnız ya da arkadaşlarıyla birlikte yaşamakta, %15.2’sinin gelir düzeyi iyi iken, %77.2’sinin orta ve %8.5’inin kötü; %20.8’inin BKİ düzeyi zayıf, %68.4’ünün normal ve %10.8’inin ki normalin üstü olduğu, BKİ normal olanların daha fazla sigara kullandığı bulgusuna ulaşıldı.

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin % 12,7’si beden ağırlığını normalin üstü olarak algılamakta, % 19’u kilo vermeye çalışmaktadır. Son üç ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek için öğrencilerin % 25,3’ü egzersiz yapmakta,

%27,5'i diyet yapmakta, % 2,5'i 24 saat veya daha fazla aç kalmakta, % 0,9'u kontrolsüz diyet hap/sıvı/toz kullanmakta, % 0,6'sı kusmakta, % 22,2'si sigara kullanmakta , % 96,5'inin kronik bir hastalığı bulunmamakta, % 69,9'u düzensiz beslenmekte, % 3,2'si sadece fast-food ile beslenmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde yeme davranışıyla ilgili yapılanların dağılımı cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kadınların % 28,4'ü kilo vermeye çalışmakta, son 3 ay içerisinde kilo vermek/kilo almayı önlemek amaçlı % 34,3'ü egzersiz yapmakta, % 44,1'i diyet yapmaktadır. Bu oranlar erkek katılımcılara göre yüksektir. Erkek katılımcıların % 67,3'ünün düzensiz beslenmekte, bayanların %75,5'inin düzensiz beslenmekte olduğu saptanmıştır. Araştırmada ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların diyet yapma oranı % 58,1, diğer yerlerde yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek, BKİ düzeyi normal olanların sigara kullanma oranı % 26,9 zayıf ve normal üstü olanlara göre anlamlı şekilde yüksek olarak saptanmıştır.

Üniversite öğrencilerine uygulanan YTT puan ortalaması $15,99 \pm 8,65$ olarak belirlendi. YTT ile cinsiyet, kilo vermeye çalışma, diyet yapma, egzersiz yapma, laksatif ilaç kullanma, beslenme şekli, ailenin yeme konusunda baskı yapması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi.

Yeme bozukluğu riski saptanan 22 öğrenci telefon ile aranarak ilgili uzmana yönlendirildi ve bu öğrencilerden 12 kişi ilgili uzmana başvurdu. Aralarında tam olarak yeme bozukluğu tanısı alanların gerekli tedavisine başlandı, tam olarak yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan öğrencilerinde kontrol altında izlenmesine ilgili uzman tarafından karar verildi.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara dayanarak aşağıda araştırma ile ilgili öneriler yer almaktadır:

- Okullarda beslenme eğitimleri düzenlenmesi.
- Öğrencilere ve gerektiğinde ailelere hemşirenin sorunlara yönelik danışmanlık yapması ve yeme bozuklukları riski konusunda bilgilendirmesi.
- Okullarda yeme bozukluğu riskine yönelik tarama çalışmalarının yapılması.
- Yeme bozukluğu riski saptanan öğrencilerin mediko-sosyal ya da ilgili birimlere yönlendirilmesi.

8. KAYNAKÇA

- 1) Abay E, Çalıyurt O, Tuđlu C, Klinik Psikiyatri El Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, 2. Baskı, İstanbul, 1999
- 2) Akyüz G. (1999). Yeme Bozukluklarında Psikoanalitik Açıklamalar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2):161-166
- 3) Alantar Z, Maner F.(2008). Bağlanma Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9:97-104
- 4) Albert U, Venturelle S, Maina G. ve ark.(2001). Bulimia Nervoza with and without Absessive-compulsive Syndromes. Compr Psychiatri, 42(6):456-60
- 5) Altuğ A, Elal G. (2000). The Eating Attitudes in Turkish University Students: Relationship with Sociodemographic, Social and İndividual Variables. Eating Weight Dis; 5:152-160
- 6) American Psychiatric Association. Diagnostic and Syatistical Manuel of Mental Disorder, (1994) 4th ed, Washington DC.
- 7) Baltaş A, Baltas Z. (1990). Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, s.100-150, İstanbul
- 8) Brewerton TD, Jimerson DC. (1996) Studies of Serotonin Function in Anorexia Nervosa. Psychiatry Res . 62(1):31-42
- 9) Brownell KD, Fairburn CG. (1995). Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook. NY, London , The Guilford Pres 18-22
- 10) Canat S.(1999). Yeme Bozukluklarına Genel Bakış. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2): 133-136
- 11) Ceylan E, Yazan B. (2000). Biyolojik Psikiyatri, Birinci Baskı, 3.cilt, Altan Matbaacılık, İstanbul
- 12) Cinemre B. (1999) Yeme Bozuklukları: Epidemiyoloji ve Eşlik Eden Hastalıklar. Ege Psikiyatri Süreli Yayınları, 4(2):137-154
- 13) Clark RL, Holahan TS.(2000). Care of The Adolescent Patient with Anorexia Nervosa. JCOM, 7(6):65-7
- 14) Crisp A. (1999). Anoreksiya Nervoza: Psikanalitik Bakış. Bölüm IV, Çeviri Çuhdarođlu F, Aysel Ekşi (ed). Nobel Tıp Kitapevleri, 223-228

- 15) Çakmak D, Saatçiođlu Ö. (2003) Yüksek Lisans İçin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul Ticaret Üniversitesi, s.130-150, İstanbul
- 16) uhadarođlu F, Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları : 1 Ankara, Ayrıntı Basımevi, s:48-53
- 17) Demer MM, Taşkın EO. (2002). Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozuklukları İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 39(1): 9-19
- 18) Dođan O.(2002) Anksiyete Bozukluklarında Koruma ve Önleme, Anadolu Psikiyatri Dergisi ; 3: 174-182
- 19) Dönmez N.(2005). Tip I Diyabetes Mellitus'lu Bireylerde Yeme Davranışı Bozuklukları ve Etkileyen Etmenleri Saptamaya Yönelik Bir alışma. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s:29
- 20) Emül MH, Güler Ö. (2008). Erkeklerde Anoreksiya Nervoza. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 1(1):76-80
- 21) Erefe İ. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul
- 22) Eren H. Türkçe Sözlük. Türk Tarih Kurumu Basımevi, C.II, s.136, Ankara,
- 23) Erol A, Toprak G, Yazıcı F, Erol S. (2000). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordalayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri, 3:147-153
- 24) Erol A, Toprak G, Yazıcı F. (2002). Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordalayan Etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi ,13(1) : 48-57
- 25) Fenichel O. (1945). Nevrozların Psikanalitik Teorisi. Çeviren Tuncer S, Ege Üniversitesi Matbaası, Bornova, İzmir.1974, Psychoanalytic Theory of Neurosis. WW Norton &Company Inc. Newyork. 161-164
- 26) Garner DM, Garfinkel PE, O'Shaughnessy M. (1985). The Validity of The Distinction Between Bulimia with and without anorexia nervosa. Am J Psychiatry, 142:581-587.
- 27) Gökler B.(1997). Anoreksiya Nervoza: Üç Örnek Üzerinde Tedavi Yaklaşımı ve Klinik Gidiřin Tartışılması. 3P Dergisi, 5(Ek 4): 12-17

- 28) Granillo BA, Rodriguez G, Carvajal S. (2005). Prevalence of Eating Disorders in Latina Adolescents: Associations with Substance Use and Other Correlates. *J Adolesc Health*, 36: 214-220.
- 29) Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. (2005). Depresyonda Bedensel Belirtiler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2): 90-96
- 30) Güleç C, Köroğlu, E. (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara,
- 31) Güney E, Kuruoğlu A. (2007) Yeme Bozukluklarında Beyin Görüntüleme Yöntemleri, *Klinik Psikiyatri*, 10:93-101
- 32) Gürdal A. (1999). Anoreksiya Nervoza Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 4(2):243-256
- 33) Gwistman HE, Ebert MH. (2000). Eating Disorders: Defining the Phenotype and Reinventing the Treatment(Editorial). *Am J Psychiatry*,85:255-259
- 34) Işık Y, Gökler B. (2001). Anoreksiya Nervoza'nın Psikodinamikleri. *Türkiye'de Psikiyatri 2001*, 1:10-15
- 35) İlhan MN, Özkan S, Aksakal F.N, Arslan S, Durukan E, Maral I. (2006) Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı; Türkiye de Psikiyatri, Cilt 8, sayı 3
- 36) Johnson JG, Cohen P,Kasen S, Brook JS. (2002). Eating Disorders During Adolescence and The Risk for Physical and Mental Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 59(6):545-552
- 37) Kaplan HI, Sadock BJ. (1999). Yeme Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri El Kitabı*. Çeviri Editörü: E. Abay, Nobel Tıp Yayınları
- 38) Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp AS. (2003). Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(1):30-7
- 39) Kaya B, Yiğittürk D, Yalvaç D. (2003). Anoreksiya Nervoza Tanılı İki Kız Kardeş: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri* , 6:56-61
- 40) Kınık E. (1997). Ergen Hekimliğinde Yeme Bozuklukları. *Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları*. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 1: 22-30
- 41) Kocabaşoğlu N. (2001). Yeme Bozuklukları. *Yeni Symposium* 39 (2):95-96

- 42) Koptogel G. (2000). Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi, Nöropsikiyatri Arşivi, İstanbul
- 43) Kuruoğlu AÇ, Kapucu, Atasever T ve ark. (1998). Technetium 99m - HMPAO brain SPECT in anorexia nervosa. J Nucl Med, 39:304-306
- 44) Kuruoğlu AÇ. (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt 10, Sayı 1
- 45) Lask B, Gordon I, Christie D ve ark. (2005). Functional Neuroimaging in Early Onset Anorexia Nervosa. Int J Eat Disord, 37 (Suppl):49-51;Discussion 87-90
- 46) Maner F.(2001). Yeme Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası, 5:130-139
- 47) Mitchell JE, Crow S. (2006). Anoreksiya ve Bulimiya Nervozanın Medikal Komplikasyonları, Current Opinion in Psychiatry, Türkçe baskı, Cilt 2, sayı 3
- 48) Özcan A. (1996). Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim, Saray Tıp Kitabevi, İzmir
- 49) Özmen D, Çetinkaya ÇÇ, Ergin D, Şen N, Erbay PD. (2007). Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(2)
- 50) Öztürk O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Yeme Bozuklukları, 10. basım, Ankara
- 51) Patton GC, Coffey C, Sawyer SM. (2003). The Outcome of Adolescent Eating Disorders: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. Eur Child Adolesc Psychiatry, 12(1): 25-29
- 52) Pearlman E. (2005). Terror of Desire: The Etiology of Eating Disorders from an Attachment Theory Perspective. Psychoanal Rev , 92:223-235.
- 53) Pirim B, Tunaboşlu İkiz T. (2004). Yeme Bozukluklarında Psikoaktif Madde Kullanımı: Bir gözden Geçirme. Bağımlılık Dergisi, Cilt:5, Sayı:1
- 54) Polat A, Yücel B, Genç A, Meteris H. (2005).Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Davranışı Özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi; Cilt 42, sayı 1-2-3-4
- 55) Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Ed: Kum N, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997,1.Cilt s.389-428

- 56) Rodriguez A, Novalbos JP, Ruiz MA, Fernandez JR, Jimenez D. (2001). Eating Disorders and Altered Eating Behaviors in Adolescents of Normal Weight in a Spanish City. *Journal of Adolescent Health*, 28:338-45
- 57) Safer DL, Telch CF, Agras WS. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 158:632-634
- 58) Savaşır I, Erol N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi, *Psikoloji Dergisi*, Cilt 7, S.19-25, Kasım
- 59) Sertbaş G. Bahar A : Anksiyete ve Anksiyete ile Başetmede Hemşirelik Girişimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. Eylül-Ekim 2004:41-42
- 60) Siyez DM, Uzbaş A. (2006). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki. *Yeni Symposium Journal*, Ocak cilt 44, sayı 1
- 61) Sürmeli A. (1998). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Edi: C. GÜLEÇ, E. KÖROĞLU, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- 62) Üstün B, Akgün E, Parlak N. (2005). *Hemşirelikte İletişim Becerileri*, İzmir
- 63) Wang Z, Byrne NM, Kenardy JA. (2004). Influences of Ethnicity and Socioeconomic Status on the Body Dissatisfaction and Eating Behavior of Australian Children and Adolescents. *Eating Dis*. 20(9): 88-92
- 64) Watson TL, Bowers WA, Andersen AE. (2000). İnvolutionary Treatment of Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. 157(11):180-1810
- 65) Wilson GT, Fairburn CG. (1993). Cognitive Treatments for Eating Disorders. *Jourl Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 261-269
- 66) Yager J. (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, Washington , American Psychiatric Association , cilt :157 sayı:1
- 67) Yazgan Y, Yazgan Ç.(1999). Yeme Bozukluklarına Tıbbi-Psikiyatrik Değerlendirme Ve Tedavi Yaklaşımları, *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1999;4(2):233-242
- 68) Yüksel N. (2001). *Ruhsal Hastalıklar ; 2. Baskı*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara

9. EKLER

EK. 1

BİLGİ FORMU

1. **Bilgi Formu Kod Nosu:**

2. **Bölümü:**

- a) Hukuk Fak b) Eczacılık Fak. c) Hemşirelik Y.O
d) Tıp Fak e) Sağlık Yüksek Okulu (Pataloji, Anestezi...)

3. **Telefon No:**

4. **Yaş:**

5. **Cinsiyet:** a) Erkek b) Kadın

6. **Medeni Durum:** a) Evli b) Bekar

7. **Yaşanılan Yer:** a) Aile ile b) Akraba ile c) Yurtta
d) Evde (yalnız yada arkadaş ile) e) Diğer.....

8. **Ailenin Gelir Düzeyi:** a)iyi b)orta c) kötü

9. **Boy: Kilo:**

Beden Kitle İndeksi: (Son 3 Ayda)

10. **Beden ağırlığınızı nasıl tanımlarsınız?**

- a) Normalin altı b) Normal c) Normalin üzeri

11. **Beden ağırlığınız ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisini yapmayı deniyorsunuz?**

- a) Hiç bir şey yapmıyorum b) Kilo vermeye çalışıyorum
c) Kilo almaya çalışıyorum d) Diğer belirtiniz.....

12. **Son 3 ay içerisinde kilo vermek / kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yaptınız mı?**

- a) Evet b) Hayır

13. **Son 3 ay içerisinde kilo vermek / kilo almayı önlemek amaçlı daha az yemek, daha az kalori almak ya da yağı azaltılmış yiyecekler yemek gibi bir davranışta bulundunuz mu?**

- a) Evet b) Hayır

- 14. Son 3 ay içerisinde kilo vermek / kilo almayı önlemek amaçlı 24 saat ya da daha uzun süre aç kaldığınız, hiçbir şey yemediğiniz oldu mu?**
a) Evet b) Hayır
- 15. Son 3 ay içerisinde kilo vermek / kilo almayı önlemek amaçlı doktor tavsiyesi olmaksızın diyet hapları, toz ya da sıvıları aldığınız oldu mu?**
a) Evet b) Hayır
- 16. Son 3 ay içerisinde kilo vermek / kilo almayı önlemek amaçlı kustunuz ya da laksatif ilaç (müshil ilaçları yada fitilleri) aldınız mı?**
a) Evet b) Hayır
- 17. Kronik bir hastalığınız var mı?**
a) Hayır b) Evet.....
- 18. Sigara kullanıyor musunuz?**
a) Evet b) Hayır
- 19. Beslenmenizi nasıl tanımlarsınız?**
a) Düzenli beslenme (3 ana , 2 ara öğün)
b) Düzensiz beslenme (öğün atlama yada atıştırma)
c) Sadece fast-food tarzı beslenme
d) Diğer.....

EK 2.

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen kutu içine (X) işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa "hiçbir zaman" yazılı kutu içine (X) işareti koyunuz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "daima"nın altını (X) ile işaretleyiniz.

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Açıkta yemekte yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
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 kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu saran deri elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce ayrı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						

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

EK 3.



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.MAR.082.00/45 (-2 18)
Konu:

Tarih: 31.10.2007

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Meral Çelik'in "Bir Üniversite kampüsündeki Öğrencilerin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Yüksekokulumuz öğrencileriyle birlikte yapabilmesi uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Deniz SELİMEN
Müdür Yekili

G. E. Sak. No: 854



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı :B.30.2.MAR.082.00/42-2942
Konu:

Tarih : 14/12/2007

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden alınan 28.11.2007 tarihli 8949 sayılı yazı yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN
Müdür Vekili

G. E. No: 889

EK 1:Yazı

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Tıbbiyeler C. No:40 81326 Haydarpaşa / İSTANBUL

Tel: 0 (216) 418 16 06/07
Fax: 0 (216) 418 37 73



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30,2.MAR.082.00/ 487 - 2422
Konu:

Tarih: 26.11.2007

PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlığı'ndan alınan 23 Kasım 2007 tarih, 1335 sayılı yazı ektedir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN
Müdür Vekili

Ek: 1

G. E. No: 388

EK 4.



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/ 890
İLGİ :

19.12.2008

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Özlem İŞİL.

MAR-YÇ-2008- 0245 protokol nolu " Bir üniversite kampüsündeki öğrencilerin yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi" isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

EK- 5. UZMAN GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN AKADEMİSYEN LİSTESİ

Yard.Doç. Dr. Fahriye Oflaz Sağ. Yb. GATA HYO Psikiyatri Hemşireliği BD.

Yard. Doç. Dr Gül Ünsal Barlas Marmara Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

Uzm. Dr. Cem İsmail Küçükali Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Dr. Kadriye Buldukoğlu Akdeniz Üniversitesi

Doç. Dr. Mustafa Bilici Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimi

Doç Dr. Nazmiye Kocaman İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Nihan Oğuz Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Arş. Gör. Dr. Semra Çıgırkçı Karaca Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek
Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Nevin Onan Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri
Hemşireliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Zerrin Çiğdem Maltepe Üniversitesi.

Doç. Dr. Zerrin Pelin Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

10. ÖZGEÇMİŞ Kişisel Bilgiler

Adı	Meral	Soyadı	ARNİK
Doğum Yeri	İzmit	Doğum Tarihi	06.10.1982
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	32449971986
e-mail	<u>meral_arnik@hotmail.com</u>	Tel	0506 600 86 69

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Marmar Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2002
Lise	İzmit Süper Lisesi	1996

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
1. Hemşire	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	2007-
2. Hemşire	Marmara Üniversite Hastanesi	2005-2007

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama *	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, za yıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Les Puanı	54.605	56.664	58.723
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsof Office programları	İyi
İnternet Uygulamaları	İyi