



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

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE YEME
BOZUKLUKLARININ ARAŞTIRILMASI**

Dr. Beyhan IŞIK

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2009



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

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE YEME
BOZUKLUKLARININ ARAŞTIRILMASI**

Dr. Beyhan IŞIK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Alis Özçakır

BURSA - 2009

İÇİNDEKİLER

▪ TÜRKÇE ÖZET	ii-iii
▪ İNGİLİZCE ÖZET	iv-v
▪ GİRİŞ	1
▪ GENEL BİLGİLER	
▪ 1. Yeme Bozuklukları	5
▪ 1.1. Anoreksiya Nervosa	5 – 16
▪ 1.2. Bulimia Nervosa	16 – 26
▪ 2. Obezite.....	26 – 28
▪ 3. Yeme Bozukluklarında Tarama Yöntemi.....	28
▪ GEREÇ VE YÖNTEM	29
▪ BULGULAR	31
▪ TARTIŞMA VE SONUÇ	48
▪ KAYNAKLAR	60
▪ EKLER	72
▪ TEŞEKKÜR	74
▪ ÖZGEÇMİŞ	75

ÖZET

Beslenme alışkanlıklarını bilmek, ekonomik, sosyodemografik faktörler ve sağlık ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının neden ve sonuçlarının değerlendirilmesinde yol gösterici olmaktadır. Modern dünyanın yaşam alışkanlıklarını giderek daha fazla benimseyen Türk üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarını irdelemek, bu öğrenciler arasında olası yeme bozukluğu riskini saptamak giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

Bu çalışma Uludağ Üniversitesinin Fakülte ve Meslek Yüksek Okulları birinci sınıflarında okuyan 1250 öğrenci arasında yapıldı. Formları eksiksiz dolduran ve teslim eden 1000 öğrenci değerlendirmeye alındı. Öğrencilerin boy ve kiloları ölçüldükten sonra "Yeme Tutum Testi" (Eating Attitudes Test : EAT-40) ve sosyodemografik sorular içeren anket formu doldurtuldu.

Araştırma kapsamına alınan toplam 1000 üniversite öğrencisinin yaş ortalaması $18,7 \pm 1,3$ yaş olup, %53,1'i (n: 531) kız, %46,9'u (n:469) erkekti. Kız ve erkek öğrenciler arasında sigara içimi, alkol kullanımı, egzersiz alışkanlığı, yemek seçimleri, Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamaları ve obezite sıklığı yönünden belirgin farklılık görüldü. Öğrenciler arasında obezite ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) görülme sıklığı %1,9 olarak bulundu. Ebeveynlerden herhangi birisi ya da her ikisi kilolu olduğunda öğrenci kilolu olma eğilimindeydi. Öğrencilerin gelir düzeyleri arttıkça ; fast food beslenme eğilimleri ile televizyon ve bilgisayar başında geçirdikleri süreler artmaktaydı. Yine öğrencilerin gelir düzeyleri arttıkça egzersiz yapma eğilimleri artmaktaydı. Yeme Tutum Testi skorundan 30 puan ve üzerinde alan öğrenci oranı %22,6 bulundu. Başta kız öğrenciler olmak üzere Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde yeme bozukluğu riski, literatür verilerine oranla daha yüksekti.

Tüm bu veriler ışığında üniversite öğrencilerinin birinci basamak

koruyucu hekimlik kapsamında yeme bozuklukları açısından özellikle bilgilendirilmeleri, sağlıklı beslenmeye ve düzenli egzersize daha fazla özendirilmeleri gerektiği sylenbilir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozuklukları, EAT–40, Anoreksiya Nervosa, Yeme Tutum Testi, Bulimia Nervosa

SUMMARY

Determining the Eating Disorders in the Students of Uludag University

To know eating attitudes and determine their connection with the economic, socio-demographic factors and health, help to evaluate the reasons and the results of eating attitudes. To evaluate eating attitudes in the Turkish University students , who are increasingly adopting the habits of the modern World and to find out likely risk of eating disorder among these students gradually get more importance.

This study was done among 1250 first year students of Uludag University's Faculties and Vocational Collages. Thousand students who filled the forms completely and handed them over were assessed. After measuring height and weight of the students, they were made to fill the Eating Attitudes Test (EAT) and a questionnaire which included socio-demographic questions.

The mean age of the total 1000 students who were examined was 18.7 ± 1.3 and 53.1% (n:531) were female, 46.9% (n:469) were male. There were clear differences between females and males in terms of smoking , using alcohol , exercising habits, eating preferences , Body mass index (BMI) averages and obesity frequency. The frequency of obesity ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) among the students was 1.9%. If both or any of the parents were overweight, the students are apt to be fat. The more the income of the students get higher, the time they spent across the TV (Television) and PC (Computer) were increasing and the tendency to exercise were decreasing. The rate of the students who took 30 point and over from EAT was 22.6 %. Compared with the literature data, the risk of eating disorders were higher (especially in female students) among the students of Uludag University

In the light of these data, it can be said that all University students should be informed especially about eating disorders under the principles of

primary care preventive medicine and also encouraged them to healthy eating and regular exercising.

Keywords : Eating disorders, EAT-40, Anorexia Nervosa, Eating Attitudes Test, Bulimia Nervosa

GİRİŞ

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmak ve sağlığı devam ettirmek yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür. Beslenme; büyümek, gelişmek, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri; besin değerini yitirmeden, sağlığa zararlı hale getirmeden en ekonomik şekilde almak ve kullanmaktır (1).

Yiyecek seçimi ve beslenme alışkanlıklarının meydana gelmesinde rol oynayan etmenler çeşitlidir. Beslenme alışkanlıkları bu değişik etmenlerin etkisiyle yavaş yavaş oluşur ve gelişirler. Yaşanılan yerin iklimi, coğrafi ve tarımsal durumu, inanç, gelenek-görenekler, sosyoekonomik koşullar beslenme alışkanlıklarının ortaya çıkması ve gelişmesinde rol oynamaktadır (2).

Yapılan çalışmalarda yetersiz ve dengesiz beslenmenin, fiziksel ve mental gelişim üzerinde de olumsuz etkiler yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrenme güçlüğü, davranış bozuklukları ve zeka ortalamalarında düşüğe neden olduğu belirtilmektedir (3). Özellikle gençlik döneminde beslenmenin yeterli ve vücut gereksinimine uygun olması gereklidir (4) .

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arası dönem olarak tanımlanan adolesan dönemi; duygu, düşünce, davranış ve tutumun gelişme çabası, fizyolojik ve psikolojik değişme ile sosyal olgunluğa hazırlanma dönemidir (5). Özellikle bu dönemdeki aşırı beslenme, ileri yaşlarda bazı hastalıkların ortaya çıkışına zemin hazırlamaktadır (6-8). Kalp damar hastalıkları, diyabet, obezite, osteoporoz ve kanserlerin oluşumunda alınan kalori miktarı ve bunun bileşimi önemli rol oynamaktadır (9,10). Yağ ve kalori içeriği yüksek besinlerin beslenmedeki payının giderek artması ile dengeli

beslenme daha zor hale gelmektedir (11). İleri yaşlarda ortaya çıkması beklenen kronik hastalıkların oluşmasında rol aldığı düşünülen beslenme alışkanlıklarının tespit edilmesi, uygunsuz beslenmeye bağlı ortaya çıkabilecek hastalıkların önlenmesi açısından önemlidir. Adolesan dönem uzun yaşam boyu devam eden alışkanlıkların yerleştiği bir dönemdir (12). Üniversite döneminin özellikle ilk yılları adolesan dönemle örtüşmektedir. Üniversite döneminde bir meslek sahibi olma ve geleceğe yön verme idealleri ile yeni bir okula ve yeni bir çevreye uyum sağlama çabaları, birçok öğrencide sosyal, psikolojik ve sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır (13,14).

Ülkemizde yapılan birçok çalışmada, üniversite öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenemedikleri ortaya konmuştur (5,15). Yine bazı araştırmalara göre, üniversiteyi kazanarak gelen öğrencilerin karşılaştıkları en önemli sorunun barınma ve beslenme olduğu bulunmuştur (16). Ekonomik yönden bağımlı olan öğrenciler bir aile ortamına veya normal ev koşullarına sahip olmadıkça yeterli ve dengeli beslenemedikleri, çoğunlukla öğün atladıkları ve dengesiz beslendikleri kabul edilmektedir (17). Gelişmekte olan ülkelerde adolesan dönemindeki kızların %39'unda, erkeklerin %49'unda anemi olmadığı halde, ferritin değerlerinin düşük bulunmasının nedeni yetersiz ve dengesiz beslenme ile barsak parazitlerine bağlanmaktadır (18,19).

Yükseköğrenim gençliğinin doğru beslenme alışkanlıklarına sahip olması; hem kendi sağlıkları hem de bu grubun örnek model olma rolü nedeniyle toplumsal önem taşımaktadır (20-22).

Özellikle yurttan kalan öğrenciler için beslenme başlı başına bir sorundur. Beslenme bilgisinin yetersizliği ve ağır ekonomik şartlar gençlerin yeterince beslenememesine neden olabilmektedir (22,23). Ülkemizde yaygınlaşan fast food tipi (ayaküstü yiyecek) beslenme tarzının, gençlerde büyüme ve gelişme gereksinimini yeterince karşılayamadığı ve sağlığı

olumsuz yönde etkilediği savunulmaktadır (24).

Geleceğin önemli insan kaynaklarını oluşturacak bu topluluğun beslenme alışkanlıkları iyi bilinmemektedir. Yapılan günlük aktivitenin özelliğine göre besinlerden sağlanan kaloringin miktarı değişiktir. Bu değerler üniversite kız öğrencisi için 1250-1500 Kcal/gün iken, erkek öğrenci için ortalama 1750-2000 Kcal/gün gerekmektedir (25)

Adolesan dönemindeki genç; yaşamakta olduğu hızlı bedensel değişimi istediği yönde etkileme olanağına sahip olmadığını görerek, daha olumlu bir beden algısı kazanmak amacı ile yanlış kararlar alabilmektedir. Zayıflamak için; aç kalma, diyet ilaçları kullanma ve yediklerini kusarak çıkarma gibi sağlıksız yöntemlere başvurabilirler. Bu dönemde beden imgesine artan ilgi bazı yeme bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir (26). Bu yaş döneminde erişkin dönem sağlığını da olumsuz etkileyebilen çok sayıda sağlık sorunu görülmektedir. Bu sorunlardan özellikle Anoreksiya Nervosa (AN) ve Bulimia Nervosa (BN) adolesan çağında görülmeye başlayan önemli yeme bozukluklarıdır.

Toplum güzellik anlayışını kendi kültürel ve geleneksel değerlerine göre biçimlendirir. İçinde yaşadığımız topluluk ve zaman, güzelliğin şeklini tanımlar. Değişik kültür ve geleneklerde, kişinin psikolojik yapısının şekillenmesinde fiziksel görünümünün rolü değişir (27). Günümüzde güzellik, küreselleşmenin etkisiyle, hemen hemen bütün toplumlarda ince bir bedenle özdeşleştirilmektedir (28). İnce beden yapısının idealleştirilmesi batı toplumlarında Anoreksiya Nervosa gelişmesine öncülük eden olası temel etkenlerden biri olarak görülmekte, sosyo-kültürel değişmelerin Batı ve Amerikan toplumlarında yeme bozukluğu sıklığının artışına kaynaklık ettiği düşünülmektedir (29).

Küreselleşme süreci ile birlikte bu ideal beden imgelerinin de "küreselleşmesi" yeme bozukluklarının bir dünya sorunu haline gelmesini, salt

yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanların değil tüm sosyoekonomik ve kültürel katmanların sorunu haline dönüşmesini sağlamaktadır. Bu yanı ile yeme bozuklukları, sosyo-kültürel değişimin insan ruhunda ve bedeninde yarattığı etkinin, psikopatolojik bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Japonya'da büyük ölçekli bir çalışmada 1980 ile 1993 yılları arasında yavaş bir artış gösteren yeme bozukluklarının 1993'ten sonra belirgin bir yükselişe geçtiği ve batı toplumları ile aynı yaygınlık oranlarına ulaştığı bildirilmiştir. Anoreksiya Nervosa yaygınlığının dört kat arttığı, Bulimia Nervosa'daki artışın ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (30).

Beslenme tercihlerini bilmek ve bunların ekonomik, sosyo-demografik faktörler ve sağlık ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının neden ve sonuçlarını anlamada yol gösterici olmaktadır (31).

Bu çalışmada ; modern dünyanın yaşam alışkanlıklarını giderek daha fazla benimseyen, Türk üniversite öğrencilerinin beslenme tercihlerini incelemek, bu öğrenciler arasında olası yeme bozukluğu sıklığını saptamak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

1.Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları ; Anoreksiya Nervosa, Bulimia Nervosa başta olmak üzere, bu iki sendromun atipik biçimleri ve son yıllarda tanımlanan “Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu” tablosundan oluşan bir tanı grubudur. Yeme bozuklukları yüzyılı aşkın bir süredir tanınmaktadır ve tanısı oldukça kolaydır. Ancak etyoloji ve tedavi, yeme bozukluklarının bütün tipleri için halen tartışmalıdır. Yeme bozuklukları, özellikle 80’li yıllardan bu yana genç kızlarda yaygınlığının artması ile birlikte daha çok tartışılan ve araştırılan bir psikiyatrik hastalık grubu olmuştur (32).

1.1.Anoreksiya Nervosa

1.1.A.Tarihçe

Tarihsel gelişim sürecine bakıldığında Anoreksiya Nervosa yaklaşık 400 yıl önce tanımlanmıştır (33).

Tarihçesini iki dönemde incelemek mümkündür. 1600’lü yıllardan önceki “Holy Anoreksiya“ yani kutsal anoreksiya olarak bilinen ilk dönem, daha çok dini yayınlarda izlenmektedir. Bugünkü terminolojiyle Anoreksiya Nervosa (AN) olarak tanımlanabilecek bu durum; koyu sofuluk, çilecilik, din uğruna dünya zevklerinden vazgeçme anlamındadır ve özenildiği görülmektedir. 1600’lü yıllardan sonrasını kapsayan ikinci dönemde ise AN öncelikle bir tıbbi durum olarak ele alınmaya başlanmıştır (33-35).

Anoreksiya Nervosa, 1873’de Lasegue, 1874’de Gull tarafından birbirinden bağımsız iki ayrı bildiri ile tanımlanarak psikiyatrik literatürde yerini almıştır (33,36)

1.1.B. DSM-IV-TR 'ye göre AN için tanı ölçütleri:

1. Yaş ve boya göre olağan sayılan en az kiloda olma ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (beklenenin %85' inin altında vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan kilo kaybı).

2. Beklenenin altında vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.

3. Vücut ağırlığı ya da biçimini algılamada bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması, ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.

4. Menarş sonrası amenore, yani en az üç ardışık menstrüel siklusun olmaması hormon verilmesi sonrası mestruasyon dönemleri oluyorsa, o kadının amenoresi olduğu düşünülür.

Tipleri:

1. Kısıtlı Tip

2. Tıkanırçasına Yeme/Çıkartma Tipi

1.1.C . Epidemiyoloji

Anoreksiya Nervosa asıl olarak bir adolesan dönemi hastalığıdır. Hastalık genel olarak 12-25 yaş arası genç kadınları etkilemekte, başlangıcı

13-14 ve 17-18 yaşlarda olmak üzere bimodal dağılım göstermektedir (37,38). Tüm AN olgularının yaklaşık %5-10'unu erkek hastalar oluşturmakta, insidansının 100.000'de 0,5'den düşük olduğu düşünülmektedir (37,39).

Homoseksüel erkeklerin yeme bozuklukları açısından heteroseksüel erkeklere göre daha fazla risk altında olduğu bildirilmektedir (40,41).

Yeme bozukluklarının genel popülasyondaki insidansını bildirir bir çalışma bulunmamaktadır. Esas olarak insidans oranları tedavi kurumlarına başvuranlardan elde edilen kayıtlara, daha az olarak da belirli bir popülasyonda uygulanan anket sonuçlarına dayanmaktadır (39).

AN'da prevalans oranları incelendiğinde; farklı araştırmalarda ortalama prevalans %0-0,9 genç kadınlarda %0,3, insidans 100 binde 8'den az olarak bildirilmiştir (38,39). Ancak yüksek risk grubunu oluşturan ergen kızlar ve genç kadınlarda prevalansın %1'e ulaştığı tahmin edilmektedir (38). AN semptomları bulunan, tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan genç kadınların oranıysa %5 olarak düşünülmektedir (42). 1990'da Türkiye'de yapılan bir çalışmada prevalans %0,2 olarak bulunmuştur (43).

Sınırlı da olsa yapılan çalışmalarda AN insidansının yükselmeye başladığı ve bunun özellikle 15-24 yaş arası kadınları kapsadığı bildirilmektedir.

1.1.D . Klinik görünüm ve bulgular

Hastaların en dikkat çeken özelliği aşırı zayıflıklarıdır. Yaş grubu ve boya göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına rağmen kilo almaya karşı büyük bir direnç içindedirler. Şiddetli kilo alma korkuları; kiloyu koruma ve

hatta daha da azaltma, kendileri için belirledikleri en az kiloya ulaşma ve tekrar kilo almayı engelleme planlarına yönelik tutumlara yol açar. Besin kısıtlanması, ağır fiziksel egzersizler yapma, laksatif, diüretik, iştah azaltıcı maddeler kullanma ile veya uyardıkları ya da kendiliğinden kusmalar ile beden ağırlıklarını kontrol edici yöntemlere başvururlar.

Yiyeceklerle ilgili olarak; düşük kalorili, enerjisi azaltılmış yiyeceklere yönelme, küçük parçalar halinde yavaş yeme, yediklerinin kalorisini hesaplama, başkalarıyla birlikte yemeden kaçınma, başkaları için yiyecek satın alma ve özel yemek yapma, yiyeceklerinden saklayarak kurtulma gibi gıda ile ilgili aşırı uğraşlar içindedirler (44-46).

Çoğu AN hastası, ileri derecede zayıf olmalarına rağmen kalori harcamak ve ağırlık kaybını artırmak amacıyla aşırı hareketlidir. Aşırı aktivite durumu iradi denetimin ötesinde görülmektedir. Fiziksel durumları kötüleşip çok halsiz ve yatalak olana kadar hareketlilik devam eder (46,47). Kimi hastalarda yeme üzerindeki kontrol kaybı ve aşırı yeme atakları görülür. Bunun sonrasında kusma, laksatif ve diüretik kullanımı ya da aşırı egzersiz ile kiloyu koruma çabaları görülür (46). Yeme üzerindeki kontrolün kaybedileceği korkusu ile yüksek kalorili gıdalardan kaçınma artar. Yeme bozukluklarında kısır döngünün oluşumu da kısmen bunlarla ilgilidir (33). AN'da bulimik davranışlar yaklaşık %50 olarak bildirilmiştir. Bulimik alt grupta impuls kontrolü ve madde kötüye kullanımı problemleri daha çok olasıdır (33,46). Yemeyi kontrol edememe ve tıkanırcasına yeme dönemlerinin varlığı kronikleşme sürecinde ve yaşın ilerlemesiyle artmaktadır (48).

Karakteristik olarak hastalar mükemmeliyetçi, uysal, yardımsever bireyler olarak tanımlanırlar. Ancak hastalığın başlaması ve diyet yapma belirginleştikçe önceki davranışları ile çelişen, uyumsuz, güvensiz, öfkeli davranışlar göstermeye başlarlar (46). Kişilik özellikleri olarak içe dönüklük, emosyonel kısıtlılık, sosyal güvensizlik, kendini yadsıma, aşağılama, otonomi

eksikliği, aşırı saygı, katı ve stereotipik düşünme belirgindir (48). Kimi zaman yaşamsal tehlikelere rağmen hastalıklarını ve içinde buldukları durumun önemini yadsıma eğiliminde olup, sanki kendileriyle ilgilenmiyor gibi görünürler. Emosyonel tepkilerden olabildiğince kaçınırlar. Bir çok araştırmacı bu hastalarda yüksek oranlarda aleksitimiden (duygu sağırlığı) söz etmektedir (33).

Depresyon, irritabilite, konsantrasyonda azalma, sosyal çekilme, cinsel libido kaybı, yiyeceklerle ilgili ya da diğer alanlarda obsesyonel ruminasyon (geviş getirme) ve ritüeller görülebilecek psikiyatrik durumlardır. Ancak bu durumlar sıklıkla kalıcı olmayıp kilo alımıyla düzelmektedir (45,46). Primer psikopatolojiden çok kilo kaybının etkilerini yansıtır olmalarına rağmen yeme bozukluğunun devamlılığında da etkileri olabilir (49).

Çoğu anorektik ergenin psikoseksüel ve genel fizik gelişimi gecikmiştir. Erişkinlerde ise cinsel ilgide azalma belirgindir. Amenore hastalığın erken evrelerinde, belirgin kilo kaybından önce de görülebileceği gibi, beslenme düzene girdikten sonra bir süre daha devam edebilir. Genellikle ilk tıbbi başvuruları amenore ya da diğer medikal sorunlar dolayısıyladır. GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon) ve Gonadotropin düzeylerinin azalmasına bağlı gelişen hipogonadotropik hipogonadizm, primer ya da sekonder olabilir. Amenore, yetersiz beslenme sonucu olabileceği gibi cinselliği inkarın bir ifadesi de olabilir (45, 47).

Kötü beslenme, birçok sisteme ait bozukluğun ortaya çıkmasına yol açar. Aşırı kilo kaybının yol açtığı endokrinolojik, kardiyovasküler, gastrointestinal, hematolojik ve renal bulgular ortaya çıkabilir. Bradikardi, hipotansiyon, aritmi, senkop gelişebilir. Ekstremiteler soğuk ve akrosiyanotiktir. EKG değişiklikleri yaygındır ve düşük voltajlı sinüs bradikardisi, ST çökmesi, QT uzamasını içerir. Kardiyak komplikasyonlar AN'daki ani ölümlerle bağlantılıdır ve sıvı elektrolit dengesizliği de bunu

tetikler (özellikle hipopotosemi). Sıvı elektrolit dengesizliğine bağlı metabolik alkaloz, hiponatremi, hipokalemi, hipokloremi ve bunlarla ilgili olarak yorgunluk, kas güçsüzlüğü yaşanabilir (50,51).

Periferde inaktif T4'ün aktif T3'e dönüşümünde azalma olup sıklıkla, TSH ve T4 düzeyleri normal, T3 düzeyi düşüktür. Hipotermi, bradikardi, kabızlık, kuru cilt ve derin tendon reflekslerinde azalma vardır Kortizol düzeyleri artmış, kortizolün diurnal ritmi bozulmuş, deksametazon supresyonunda azalma, glikoz toleransında bozulma (nadiren aşikar hipoglisemi), plazma insülin düzeyinde azalma, serbest yağ asitlerinde artma, hiperkolesterolemi, hipokalsemi, hipomagnezemi bulunabilir. Hipoestrogen ve hiperkortizol düzeyleri osteoporoz ve kemik gelişiminin engellenmesi ve fraktür riskine yol açar. Osteoporoz ciddi ve irreverzibl bir sonuç olduğundan tedavi gerektirir (50,51).

Gastroparezi, konstipasyon, şişkinlik, nadiren akut gastrik dilatasyon, perforasyon ve kanama; ılımlı anemi (çoğunlukla demir eksikliği anemisi), ılımlı lökopeni, rölatif lenfositoz ve trombositopeni sıktır. Kronik dehidratasyon, ılımlı diyabetes insipitus (hafif poliüri), hepatik enzimlerde yükselme, hiperkarotenemi ve buna bağlı ciltte turuncu sarı renk değişimi, saçlarda seyrelme görülebilir (50, 51).

Açlığa ve diyet çeşitliliğindeki azlığa bağlı olarak protein-kalori malnütrisyonu bulunur. Malnütrisyon görece ılımlı belirtiler verebileceği gibi kimi hastada vitamin ve protein eksikliğinin ciddi kanıtları görülür (45, 51).

Hastaların yarısında EEG anormallikleri bulunur ve genellikle sıvı elektrolit dengesizliğini yansıtır. Çoğunlukla temel aktivitede yaygın yavaşlama şeklindedir. Nöbet eşiği düşmüştür. Beyin görüntülemesinde kortikal atrofi, ventriküllerde genişleme (pseudo atrofi), PET'de caudat bölgede glikoz hipermetabolizması gösterilmiştir (50-52). Sonuç olarak, AN hemen tüm sistemleri etkilemektedir. Bunları açıklayacak spesifik nedene ait

kanıtlar bulunmamaktadır. Hastaların pek çoğunda, beslenme ve kilonun kazanılmasıyla düzelme olmaktadır (45, 47, 51).

1.1.E . Prognoz

Psikiyatrik hastalıklar arasında mortalitesi en yüksek bozukluklardan biri olmasına karşın, AN ile ilgili izleme çalışmaları yetersiz olup sonuçları da birbiriyle çelişkilidir. İzlemenin ileri dönük olarak yapılmaması, tanı ölçütlerinin değişkenliği, tedavi ve istatistiki yöntem farklılıkları, standartlaşmış ölçüm araçlarının kullanılmaması, örneklemin ileri derecede heterojenliği, komplike vakaların özelleşmiş merkezlere kayması, izleme sürecinin değişkenliği ve çok sayıda hastanın izini kaybettirmesi gibi yöntemsel sorunlar sonuçların değerini azaltmakta ve çalışmalar arasındaki tutarsızlığın nedenini açıklamaktadır (53, 54).

İzleme çalışmaları gözden geçirildiğinde, hastaların ortalama %60'ının beden ağırlıklarını kazandıkları ve menstrüasyonların düzene girdiği bildirilmiştir. Buna rağmen hastaların ancak %46'sı tam olarak iyileşmiştir. Hastaların %20'si kötü gidişli olup, düşük kilo ve amenore sürmektedir. Geri kalanlarda bu iki grup arasında yer alır. Mortalite oranları adolesanlarda %1,8, hastalığı 10 yıldan fazla bulunanlarda %9,4 olup ortalama olarak %5 olarak bildirilmiştir (53, 55).

Bir AN olgusunda, tam iyileşmeden söz edebilmek için en az 5 yıllık izleme gereklidir. Ancak tam olarak iyileşmenin çok güvenilir bir kavram olmadığını, tıbbi ve psikososyal açıdan iyileşmiş hastalarda dahi beden algılarıyla ilgili bozukluğun değişmeyip, yemek yeme ile ilgili düşünce ve davranış sorunlarının devam edebileceğini bildiren çalışmalar vardır. Bu da

AN'da düzelme sonrası yineleme riskinin yüksekliğini açıklamaktadır (56, 57).

Çalışmaların çoğunda hastalığın erken yaşlarda başlaması daha iyi bir klinik seyir ile ilişkili bulunmuştur. Ancak bu, hastalığı ergen veya erişkinlik döneminde başlayan olgular için geçerli olup, puberte öncesi başlangıçlı AN'nın prognozu oldukça kötüdür (53, 55). Takip süreci uzadıkça hastalığın prognozu olumlu etkilenmektedir. Tedavi öncesi semptom süresinin kısalığı, tedaviye kısa sürede yanıt, iyi ve uyumlu aile ilişkileri, histerik özellikler, yüksek sosyoekonomik düzey iyi prognostik özellikler olarak verilmekteyse de anlamlı olmadığına dair araştırma sonuçlarıyla önemleri azalmaktadır (55). Hastalığın başlangıcındaki beden ağırlığının düşüklüğü, kusma, bulimiya varlığı, laksatif kullanımı, kronikleşme, düşük benlik saygısı ve uyum kapasitesi, obsesif kompulsif kişilik özellikleri, ilk tedaviye yetersiz yanıt, çatışmalı aile ilişkileri, hastalık öncesi gelişimsel bozukluklar varlığı çoğu çalışmada kötü prognostik özellikler olarak bildirilmiştir. Medeni durumun ve sosyoekonomik etkenlerin rolü ise tartışmalıdır (54, 55, 58).

AN iyileşmeye başlarken bulimiyaya dönüşebilir. Birçok AN olgusunun bulimik özellikler ile gidiş gösterdiği bilinmektedir. AN tedavisi sırasında, bulimik belirtiler ile kronikleşmeye gidiş oranı bazı çalışmalarda %44'e kadar yükselmiş bulunmuştur. Bulimiya'ya dönüşen AN olguları, tedaviden yararlanması zor hastalar olarak değerlendirilmektedir. Bir başka gidiş hastalığın kronikleşmesidir. Kronik düşük kilolu ve belirgin anoreksik düşünceli hastaların, tedaviden en az yararlanan hastalar olduğu bildirilmiştir (58).

1.1.F . Tedavi

AN tedavisi uzun ve zorlu bir süreç olup, hastalığın yaşamı tehdit edici

özelliklerini akılda tutarak, ağırlaşabilen ve komplike olabilen ciddi bir ruhsal bozukluk olarak değerlendirmesi tedavide temel ilkedir. Bu açıdan tedavinin ilk adımı medikal ve psikiyatrik değerlendirmedir. AN tedavisi hastaya göre uyarlanmalı ve işlevlerin bozulduğu alanlara göre şekillendirilmelidir. Tek yönlü yaklaşımlar yetersiz olduğundan, birçok tedavi yaklaşımından aynı anda, işbirliği ve ortak çalışma çerçevesinde yararlanmak gerekir (59, 60).

AN'lı hasta genellikle hastalığını kabullenmeyip tedavi gerekliliğine inanmamaktadır. Tedavi talebi olmayan hastanın tedaviye ikna edilmesi atılması gereken önemli bir adımdır. Tedavinin başlangıcında, tedaviye karşı başlayan çatışmanın beslenme- kilo alma ekseninden, emosyonel çatışmaların ele alındığı eksene kaydırılması, tedavi işbirliğinin oluşmasına yardımcı olur. Hasta duygulanımlarından söz edebilmeyi başardıkça tedaviye de yaklaşır (58, 59).

Genelde önerilen görüş hastane tedavisinin yalnızca acil durumlar için tercih edilmesidir. Olması gereken kilodan %30 ve üzerinde kayıp, ayaktan tedavinin başarısızlığı, akut gıda reddi, kusma, ciddi depresyon, intihar düşünceleri, akut psikotik durumlar ve fiziksel komplikasyonların varlığı hastaneye yatışı gerektirir (59). Yatarak tedavide amaçlanan; genel durumun düzeltilmesi, kilo kazanımı ve bunun korunması, yeme davranışının düzeltilmesine yönelik değişik tekniklerin uygulanması ve bir yandan da psikoterapi uygulamalarının başlatılmasıdır (47,59). Gerektiği kadar ve yavaş kilo alımı hedeflenmelidir. Tedavideki güçlüklerden en önemlisi, beden ağırlığının artışı sırasında ortaya çıktığından tedavinin ilk hedefi hastaya hemen kilo kazandırmaktan çok, beden imgesi bozukluğunun düzeltilmesi olmalıdır. Tedavi başarısını belirleyen temel ölçü, beden imgesi bozukluğunun ele alınmasındaki başarıdır (58).

Yeme bozuklukları tedavisinde, özellikle ailesiyle yaşayan genç hastalarda, aile terapisinin etkinliği giderek daha çok fark edilmekte ve

önerilmektedir. Ayrılma-bireyleşme, otonomi kazanma sürecini hızlandırmak için aile ile çalışmak gerekir (58, 59, 61). AN'lı hasta hem bireyleşme mücadelesi vermekte, hem de diğer aile bireyleri gibi aileden kopmakta zorlanmaktadır. Tecrit yani aileden uzaklaştırma, Lasegue'den beri uygulanan en temel yöntemdir. Bu yaklaşım terapötik ilişki kurmak için elverişli bir dönem yaratır ve bu süreçte erişkin olmayı reddederek çocuk bedenine kaçan anorektiğe otonomi ve erişkin kimliğinin iadesi mümkün olabilir (58).

Psikodinamik psikoterapi yeme bozukluklarının tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Psikodinamik psikoterapide amaçlanan, hastanın hissetme kapasitesini arttırmak ve duygularını ifade edebilmesini kolaylaştırmak, daha uygun başa çıkma stratejileri geliştirmek, özbakımını artırmak, hastayı sağlıklı fiziksel, beslenme ve bilişsel durumuna geri döndürmek olarak özetlenebilir (58). Kognitif-davranışçı psikoterapi de en etkili tedavi yöntemlerinden biri olup, yanlış yeme tutumu ve beden ağırlığı ile aşırı uğraş hedeflenir (58,62).

AN, belli dönemelerde özgün tedavi yaklaşımları gerektiren, tıbbi komplikasyonlar ve ilişki sorunları açısından özel dikkat isteyen bir hastalıktır. Hekimin ve tedavi ekibinin, karşılaşılabilecekleri sorunlara karşı hazırlıklı olması ve doğru terapötik hedefler koyması, tedavi başarısını belirleyecektir (58). Çalışmalar kısa sürede kilo kazanılabileceğini ancak kilonun uzun süre korunması için bunun yetersiz olduğunu göstermiştir. Temelde yatan benlik sorunu, içselleştirme yetersizliği, obje ilişkilerindeki sorunlar düzeltilmediği takdirde yinelemeler ve yatışı gerektirecek durumlar yaşanacaktır. Uzun dönem bireysel destekleyici psikoterapi tedavinin temelidir. Gerekli durumlarda farmakoterapinin semptomlara göre eklenmesi önerilmektedir (55).

AN'da farmakoterapi belli hastalarda önerilmekte, ancak nadir olarak tedavinin temelini oluşturmaktadır (55). Çalışmalar AN tedavisinde antipsikotiklerin ender olarak bazı olgularda başarılı olabileceğini ve genel durumu bozuk olan anorektik hastalarda yan etkileri açısından kullanımlarının sınırlı olacağını göstermiştir (59). Bir serotonin antagonisti olan siproheptadin özellikle kısıtlayıcı tipteki AN hastalarında kilo alımına yardımcı olabilir (55,59,60,63). Son yıllarda serotoninerjik antidepresanların tedavide kullanımları artmıştır. AN ile Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) arasındaki benzerlikler, OKB tedavisinde başarısı kanıtlanmış serotonerjik ilaçların, AN'da da yararlı olabileceğini düşündürmüştür. 1990'lı yıllardan itibaren fluoksetin ile çalışmalar giderek artmakta ve AN tedavisinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Kimi çalışmalarda ise, fluoksetinin daha çok normal beden ağırlığını kazanmış anorektik hastalarda alevlenmeyi azalttığı, yatan hastaların tedavisinde ise etkisiz olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda fluvoksamin, paroksetin ve diğer serotonerjik ilaçlar da AN tedavisinde denenmeye başlanmıştır. Ayrıca, sitalopram ve venlafaksin de yer edinmeye çalışmaktadır. Kaye ve arkadaşlarının 31 yatan AN hastasıyla yaptıkları çalışmada, kilo almaları sağlanmış hastalara taburculuk sonrası fluoksetin tedavisi uygulanmış ve çalışma sonucunda fluoksetinin özellikle anorektik hastaların kısıtlayıcı alt tipinde vücut kilosunu koruyabilmede başarı sağladığı, buna karşın bulimik anoreksiklerin birçoğunun ilaç tedavisine rağmen patolojik yeme tutumlarına tekrar döndükleri görülmüştür (64-67). Kontrollü olmayan bazı çalışmalarda da fluoksetinin nüksü önleyici etkisi gösterilmiştir (60). Tedavi görerek kilosunu kazanmış AN'lı hastalarda, fluoksetin tedavisinin nüksleri önlemede etkili olabileceği bildirilmiştir. Bunların dışında yemeklerden önceki anksiyeteyi gidermek amacıyla, anksiyolitikler kullanılabilir (62).

Sonuçta, AN tedavisinde ilaçların kilo artışı üzerine etkileri olabiliyorsa da, çoğu kez semptomlar ve psikopatoloji devam edeceğinden ancak geçici

sonuçlar alınmaktadır. Ayrıca, bu hastalarda ilaçların yan etkileri kullanımlarını sınırlamaktadır. Henüz kabul edilmiş spesifik bir ilaç yoktur.

1.2. Bulimia Nervosa

1.2.A.Tarihçe

1979'da Russell Bulimia Nervosa'yı ayrı bir durum olarak tanımlamıştır. AN'da olduğu gibi, BN'nın da tarihsel gelişim sürecine bakıldığında 16. ve 17. yüzyıllarda klinik bulguları BN'yı düşündürecek olguların bulunduğu görülmektedir. Aslında BN ile ilgili çalışmaların çoğu AN'ya yönelik araştırmalardan çıkmıştır. Klasik AN olgularının bulimik semptomlar gösterdikleri veya hastalık süreci içerisinde herhangi bir zamanda, bulimik ritüeller geliştirdikleri dikkati çekmiştir. AN ve BN'nın bu iç içeliği aynı hastağın farklı dışa vurumları olabilecekleri tartışmalarını başlatmıştır (33, 65).

1.2.B DSM-IV -TR tanı ölçütlerine göre BN :

1- Yineleyen tıkanırcasına yeme epizodlarının olması; şu şekilde belirlidir;

a-Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örneğin herhangi bir 2 saat içinde) yeme.

b- Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini, ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

2- Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin zorladığı kusma, laksatif, diüretik ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

3- Tıkanırçasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisinin de 3 ay süreyle ortalama en az haftada 2 kez ortaya çıkması.

4- Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenme.

5- Bu bozukluğun sadece AN epizodları sırasında ortaya çıkmaması.

Tipleri:

a. Çıkarma olan tip-kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatif, diüretik kullanmıştır.

b. Çıkarma olmayan tip- hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatif, diüretik kullanmamıştır.

c. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA YB)

Bu kategori herhangi özgül bir yeme bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamayan yeme bozuklukları içindir. Örnekleri arasında şunlar vardır:

1-Düzenli menstrasyonlarının olması dışında Anoreksiya Nervosanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

2-Belirgin bir kilo kaybı olmasına karşın kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarda olması dışında AN'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

3-Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici düzeneklerin haftada iki defadan daha az sıklıkta ya da 3 aydan daha kısa süreli ortaya çıkması dışında BN'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

4-Olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunması (örneğin iki parça kek yedikten sonra kendini kusturma).

5-Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme ancak yutmama.

6-Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Düzenli olarak BN'ya özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması.

1.2.C . Epidemiyoloji

BN, AN'ya göre daha geç yaşlarda, sıklıkla da geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlar (37, 47, 48).

BN 1979'da tanımlanarak ayrı bir bozukluk olarak ele alındığından ve AN'nın BN'ya dönüşmesinden dolayı insidansının değerlendirilmesi güçtür. BN'nın genç kadınlar arasında %1 prevalansı olduğu kabul edilebilir.

BN'nın ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki erkeklerin %0,2'sini etkilediği, erkeklerde yıllık insidansının yüz binde 0,8 olduğu bildirilmiştir.

Erkeklerde BN'nın başlangıcının, kadınlardakine göre daha genç yaşlarda olduğu ve hastalık öncesinde obezite, homoseksüellik, aseksüellik oranlarının yükseldiği bulunmuştur. Ayrıca bulimik erkeklerin kilo kontrolüyle ilgili daha az katı oldukları da saptanmıştır (37).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise Yeşilbursa'nın 14-19 yaş arası 1978 öğrencide yaptığı çalışmada BN kızlarda %4,3 , erkeklerde %0,6 oranında bulunmuştur. Büyükkal ise 15-18 yaş grubu 800 öğrencide DSM-IV kriterlerine göre %3 oranında yeme bozukluğu saptamıştır. Bunların %70'i BN olup, tümünü kız öğrenciler oluşturmuştur (43, 66).

1.2.D . Klinik görünüm ve bulgular

BN aşırı miktarda yemek yeme dönemleri (binge) ile, kilo almayı engellemeye yönelik kusma, laksatif ya da diüretik benzeri ilaçlar kullanma, aşırı egzersiz yapma gibi yöntemlerin (purge) birbirini izlediği döngülerle karakterizedir. AN ile birçok ortak klinik ve demografik özellikleri taşır. Yaş ve cinsiyet dağılımı AN'ya benzerlik gösterir. Ancak başlama yaşı AN'dan daha geçtir. BN öncesinde sıklıkla AN vardır. Bazen de AN ve BN nöbetleri değişkenlik içinde birbirini izlerler (33, 47). Aslında AN'dan farklı bir hastalık olup olmadığı halen tartışma konusudur. Bu görüşe göre AN ve BN, aynı spektrumların zıt uçlarını oluşturan aynı hastalığın farklı fazlarıdır. Ancak bununla birlikte aralarında belirgin farklar da vardır (33).

Hastaların temel psikopatolojilerinden kaynaklanan incecik olmaya atfedilen aşırı önem, kısıtlanmış yeme çabasına neden olur. Uzun süreli kısıtlanmış yemeye tepki olarak daima yiyeceklerle ilgili düşünceler içindedirler. Bu yeme paterni sonucu bir yandan katı diyet, diğer yandan tıkanma epizotları gelişir ve birbirini izler. Tıkanırcasına yeme periyotları genellikle kişinin kendisinin indüklediği kusmalar ve laksatif diüretik

kullanımını yerleştirir.

Başlangıçta kusma refleksini uyararak, sonrasında toraks ve abdominal kasları kasarak kusmayı öğrenirler. Bulimik epizotlar sıklıkla planlanır. Tipik olarak yağlı, şekerli, yüksek kalorili ve kolay yenilecek yiyecekler seçilir. Yiyecekler genellikle kısa sürede aşırı miktarlarda, tıkanırcasına yenilir. Tipik bir bulimik periyot çoğu hastada 30 dakika – 1 saat sürer. Tıkanırcasına yemeleri kompanse etmeye yönelik binge periyot sonrasında egzersiz yapma ya da yemeği aşırı kısıtlama izlenir. Kilo kontrolü ve sıvı kaybı amaçlı emetik kullanımı, aşırı miktarlarda laksatif-diüretik kullanımı görülebilir. Tıkanırcasına yemelerini durdurmak için psikostimülanlar ve iştah azaltıcılar kullanabilirler. Hastalar bulimik epizotlarını gizleme eğiliminde olduklarından, aşırı yeme ve kusma diğer aile üyeleri farkına varmadan yıllarca sürebilir (45).

Disfori ya da stres, tıkanırcasına yeme ve kusma epizodunu başlatan bir faktör olabilir ve bulimik davranışlar disforinin azalmasına katkıda bulunabilir (67).

Premorbid özellikleri AN hastalarından farklı olmaya eğilimlidir; impuls kontrolünde zorluklar, self-mutilasyon (kendine zarar verme), alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları görülebilir (45).

Anorektiklerden farklı olarak bir takım zorluklarına rağmen genellikle sosyal ve iş yaşamlarında daha etkin rol oynarlar, kişiler arası ilişkiler kurabilirler. Anorektiklerin kendi fiziksel durumlarına gösterdikleri tepkisizliğe karşın, bulimikler bunu gizlemek zorunda oldukları bir sır gibi görüp, kontrol edemedikleri bu döngülerden dolayı suçluluk ve utanç duyarlar. Anorektiklerin tipik kaşektik görünümüne karşın, bulimikler genellikle normal ya da normale yakın kilodadırlar (33).

BN'da ciddi tıbbi komplikasyonlar AN'ya göre genellikle daha azdır. Rölatif olarak benignedir ve mortalite oranı düşüktür. Aşırı yorgunluk, letarji,

şişlik hissi sıktır. Bazen bulantı, kabızlık, karın ağrısı, nadiren el ya da ayaklarda şişlik ve düzensiz menstruasyonlardan yakınırılar.

Fizik muayene bulguları :

- Tükürük bezlerinde hipertrofi (özellikle parotis bezlerinde)
- Ellerin dorsal yüzünde nasırlaşma ya da aşınma (Russel işareti, patognomoniktir)
- Diş minesini erozyonu (özellikle üst dişlerde)
- Ödem
- Ciltte kuruluk saptanabilir.

Kusma, laksatif diüretik kullanımı sonucu dehidratasyon ve metabolik alkaloz, hipopotosemi, hipokloremi, nadiren metabolik asidoz, hiponatremi, hipokalsemi, hipomagnezemi, hipofosfotemi görülebilir. Pnömomediastinum bildirilmiştir, ancak nadirdir. Pankreatitis, özofajit, özofagus perforasyonu, Mallori-Weiss yırtıkları, gastrik dilatasyon, nadiren gastrik rüptür ve buna bağlı ölüm görülebilir. Gastroenteropatiler bildirilmiştir (laksatif kullanımına bağlı protein kaybı gastroenteropatileri ve steatore). Nadiren nefropati olabilir. Kardiyomiyopati, ortostatik ve semptomatik hipotansiyon, idiyopatik ödem, EKG anormallikleri görülebilir. EEG anormallikleri olabilir. Çoğunlukla menstrüasyon düzensiz de olsa devam eder. Düşük estradiol ve progesteron düzeyleri, deksametazon supresyon testinde (DST) nonsupresyon, TRH'a TSH cevabında küntleşme, TRH ve glikoza GH suprasyonunda yetersizlik bildirilmiştir (45, 68).

1.2.E. Etyoloji

Bulimik hastalar, bir ruhsal boşluk yaşantısından şikayetçidirler. Kendilerini boşlukta hissetmek, sıkıntı, kendi duygularını tanımada zorluk, kendini var olarak hissedememek, bulimik hastaların şikayetleri arasındadır. Bulimik davranış iç boşluk duygusuna katlanabilmek için yapılan davranış biçimlerinden biridir (69).

Bulimik aile ilişkilerinin özellikleri, anorektik aileye göre daha değişken ve çatışmalıdır. Ebeveynle kız çocukların birbirine karşı daha düşmanca, daha suçlayıcı, reddedici ve ihmal edici olduğu bildirilmiştir. Bir yanıla çatışmalı, diğer taraftan çatışmanın açıkca ifade edilmesine izin verilmeyen zorlayıcı bir ilişki yaşanır (70-72).

Bilişsel-davranışçı kurama göre: BN'nın bilişsel modelinde, kendilik değerlerinin görüntü ve beden ağırlığıyla değerlendirilmesi, sonuç olarak biçim ve ağırlığa ilişkin düşüncelerle aşırı uğraş, her ikisinin de katı bir kontrol altında tutulması gerektiği inancı üzerinde durulmuştur. Katı diyet uygulamasının sonucunda, inhibisyonun ortadan kalkmasıyla tıkanırcasına yeme davranışı ortaya çıkar. Tıkanırcasına yeme davranışı sonrasında aç kalma, kusma, laksatif veya diüretik kullanma, aşırı egzersiz yoluyla telafi davranışları bazı psikolojik ve fizyolojik mekanizmalarla tıkanırcasına yeme davranışını artırır, benlik saygısını ise azaltır. Vücut biçimi ve ağırlığa ilişkin aşırı endişeler, sıklıkla uzun süre devam eden yetersizlik ve değersizlik hisleriyle birlikte. Bu durum da katı diyet anlayışını ve dolayısıyla yeme sorununu artırır (73, 74).

BN vakalarındaki artış katı rejimlerin genç kadınlar arasında neredeyse evrensel hale geldiği ve diyet endüstrisinin giderek gelişmeye başladığı bir döneme rastlamıştır. İnce ve düzgün bir vücuda sahip olmakla ilgili sosyal baskıların hissedilmesi, inceliğin aşırı önemli olarak algılanması sonucunda diyet yapma hastalığı başlatıcı önemli bir faktördür. Kronik diyet yapanlarda;

kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanma gibi sağlıksız kilo verme yöntemlerine başvurma sıklığı artmıştır (37, 48).

BN yaygınlığı büyük kentlerde, daha küçük kentlere ya da kırsal yerleşim bölgelerine göre daha fazladır (75).

Yemek yeme sonucu hissedilen doygunluk büyük ölçüde ventromedial hipotalamusda serotoninerjik yollarla düzenlenir. Yeme Bozukluğu olan bireylerde serotonerjik sistem disfonksiyonunu gösterir çok sayıda araştırma vardır (76,77).

Depresif ve disforik duygudurumlarında karbonhidratların tercih edilmesi, bu gıda türünün duygudurumu düzenleyici etkisine bağlanmış, karbonhidratların bu özellikleri de serotonin sistemi üzerindeki dolaylı etkileriyle açıklanmıştır. Benzer şekilde uzun süreli açlığın nörotransmitter seviyesinde değişmelere yol açarak, depresif belirtileri artırdığı ve döngüyü hızlandırdığı ileri sürülmüştür (33).

Noradrenalinin; karbonhidrat tüketimi, yeme miktarı ve hızını artırıcı etkisi nedeniyle noradrenarjik sistemde bir bozukluğun olabileceği düşünülmüştür. Buna alternatif olarak öne sürülen görüş ise, noradrenarjik bozukluğun patolojik yeme davranışına ikincil olarak geliştiğidir (33, 78).

1.2.F. Prognoz

2 yıl ve üzerinde sürmüş izlem çalışmaları incelendiğinde, çalışmaların çoğunda hastaların %50'sinin remisyonla sonlandığı görülmüştür. Retrospektif kısa süreli takip çalışmalarında, bulimik davranışların zamanla düzeldiği buna rağmen, hastaların %20'sinde bulimik semptomlarının yerleştiği, %30'unun ise remisyon ve relapslarla gittiği bildirilmiştir (54, 62, 79). BN'da AN'ya göre tam iyileşme oranları daha yüksek, mortalite oranları daha düşük bildirilmesine

karşın, izleme sürelerinin kısalığı nedeniyle verilerin yıllar içinde değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

AN'nın aksine, hastalığın erken yaşlarda başlaması, daha olumsuz bir klinik gidiş ile uyumlu bulunmuştur. Premorbid obezite ve başvuru sırasındaki Beden Kitle İndeksinin düşük olmasının iyileşmeyi güçleştiren değişkenler olduğu bildirilmiştir. Aşırı yeme nöbetlerinin ve kusmanın sık olması da olumsuz gidişin göstergeleridir. Beden ağırlığı ile ilgili aşırı uğraşlar ve anoreksi eğilimi de tedaviyi güçleştiren belirleyiciler olarak değerlendirilmiştir (54,62). Çalışmaların bazılarında hastalık süresinin kısalığı, kişilik bozukluğunun olmaması, aile öykülerinde alkol kullanım bozukluğu bulunmaması iyi prognostik özellik olarak verilmiştir. Öte yandan hastalık süresinin kısalığı ve kişilik bozukluğunun olmaması tedaviye daha iyi uyumun da işaretidir (62). Takiplerinde obezite sıkça görülmemektedir ve obezite oranları %25 civarında tahmin edilmektedir. Çatışma düzeyi yüksek ve ileri derecede denetleyici aile ortamının bulimik epizotları artırdığı ileri sürülmüştür. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması olumlu gidişat ile ilişkilendirilmiştir. Kişilik bozukluklarının, özellikle de borderline kişilik bozukluğunun BN'nın gidişini olumsuz etkilediği birçok çalışmada tekrarlanan bir bulgu olmuştur. BN'ya eşlik eden depresyonun ve benlik saygısının düşük olmasının da iyileşmeyi güçleştirdiği saptanmıştır. Seçilen tedavi yöntemlerinin de BN'nın gidişini ve sonlanışını etkileyeceği bildirilmiştir (50).

Çalışma verileri özetlenirse; Kognitif davranışçı yaklaşım ve buna eklenmiş tedaviler sonrasında 2 yıldan 10 yıla kadar takiplerinde, BN hastalarının %50'si semptomsuz hale gelirler. Hastaların %20'si süre giden semptomlarıyla yaşarlar. Kalan %30'unda hastalık remisyon ve relapslarla karakterizedir. Hastalığın mortalite ile ilişkisi açık olmamakla birlikte genel popülasyondan daha yüksek mortalite oranları beklenebilir (54, 62).

1.2.G. Tedavi

Medikal-psikiyatrik değerlendirme tedavinin ilk zorunlu adımıdır (56). AN'da olduğu gibi BN'nın tedavisi için de, temel bir tedavi yaklaşımı henüz belirlenmemiştir. Bireysel psikoterapi teknikleri, kognitif davranışçı terapiler, aile terapisi, grup psikoterapisi ve farmakolojik tedavinin etkinliği tartişılmaktadır (59). BN tedavisi fiziksel bir rahatsızlık ya da eşlik eden psikiyatrik rahatsızlık (intihar dūřünceleri, ağır depresyon) olmadığı durumlarda tercihen ayaktan yapılmalıdır (60).

Kognitif davranışçı psikoterapi en etkili tedavi yöntemlerinden biri olup, komplikasyonsuz vakalarda tedaviye bu yöntemle başlanması önerilir(59,60,69). Bununla birlikte hastaların çoğunluğu dinamik yaklaşımlardan kazanç sağırlarlar (31). Psikodinamik psikoterapide hastanın ifade edebilme, farkındalık kapasitesini ve daha uygun başa çıkma stratejilerini geliştirmesi, özbakımını artırması ve desteklenmesi amaçlanır (59). BN vakalarında tedaviye bilişsel-davranışçı terapiler ile başlanması ve gerektiğinde farmakoterapinin eklenmesi önerilmiştir (60).

BN tedavisinde, farmakoterapiden elde edilen sonuçlar, AN'ya göre daha ümit verici bulunmuştur (62).

BN'da duygulanım değişikliklerinin gözlenmesi klinisyenleri, tedavide antidepresanların denenmesi yönünde cesaretlendirmiştir. Antidepresanlar ile çalışmalar BN'da AN'ya göre çok daha başarılı sonuçlar vermiştir. Kısa süreli çalışmaların çoğunluğunda, BN tedavisinde antidepresanlar plaseboya göre daha etkili bulunmuşlardır. Üzerinde en çok çalışılan ve olumlu sonuçlar alınan ilaç bir serotonin geri alım inhibötörü olan fluoksetindir. Fluoksetinin 60 mg/gün dozlarında etkili olduğu gösterilmişken, diğer antidepresanların depresyon tedavi edici dozlarda kullanımı önerilmiştir. Ayrıca fluvoksamin,

sertralin, paroksetin, sitalopramın da BN'da etkili olabileceği bildirilmiş ve bu etkinliği araştıran çalışmalar sürmektedir (59).

Antidepresanların uzun dönemli ve kalıcı tedavideki etkinlikleri konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Plasebo kontrollü olmayan çalışmalarda düzelmelerin %25-30 civarı olduğu bildirilmiştir. Klinik iyileşme sonrası en az 6 ay ilacın kullanılması gerekliliği genel kanıdır (60).

2. Obezite

Obezite, fazla vücut yağı nedeniyle yaşam süresi ve sağlığın kötü yönde etkilenmesine neden olan bir hastalık olarak tanımlanabilir. Vücut yağ oranı, yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile değerlendirilir ve vücut ağırlığı(kg)/boy(m²) formülü ile hesaplanır. BKİ'lerinin değerlendirilmesinde, Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (CDC) 2000 yılında yayınladığı yaşa ve cinsiyete göre BKİ'lerinin persantil tablo ve grafikleri kullanılmıştır. Genel olarak erişkinlerde BKİ ≥ 30 kg/m² olduğunda , çocuk ve adolesanlarda ≥ 95 persantil obez olarak kabul edilmiştir (80). Tüm Avrupa'da 12-17 yaş arası adolesanlarda saptanan obezite prevalansı %8-25'tir (81).

Obezite ; enerji alımı ve tüketimi arasındaki dengenin enerji alımı lehine bozulması sonucu ortaya çıkar. Obezite gelişmesinde birçok çevresel, psikolojik ve genetik faktör rol oynar (82). Ancak gelişmiş ülkelerde hızla artan obezite prevalansı genetik nedenlerden çok çevresel faktörler ile ilişkilendirilmektedir. Çevresel faktörlerin başında, gelişmiş ülkeler kadar gelişmekte olan ülkelerin de ortak sorunu haline gelen, sedanter yaşam ve kolay erişilebilen, enerji ve yağdan zengin beslenme gelmektedir (83,84).

Obezitenin çocukluk çağında başladığı yaş, erişkin çağdaki ciddiyeti ile de yakından ilişkilidir (85). Bu sonuçlardan, çocukluk çağında başlayan obezitenin, şiddetiyle ilişkili olarak, devam etme eğiliminin olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bu konuda yaş sınırı belirleyen bir çalışma mevcuttur.

Whitaker ve arkadaşları; 10 yaşından küçük çocuklar için çocuğun kendisi obez olmasa da ana babadan en az birinin kilolu olmasının çocuğun erişkinlikte obez olma riskini arttıran bir faktör olduğunu, 10 yaşından büyük çocukların ise kilolu veya obez olmalarının, ana baba obezitesinden daha önemli bir etken olduğunu bildirmişlerdir (86).

Fizik aktivite ve beslenme alışkanlıklarında kültürel faktörlerin önemli rolü olduğu kabul edilmektedir (87). Kültürel yapının önemli bir ögesi olan aile yapısı ve alışkanlıkları da obezite gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bir çok çalışmada; yüksek enerjili diyet ve televizyon nedeniyle azalmış fizik aktivite, obezite gelişiminden sorumlu tutulmuştur (88). Obezite gelişiminde, etnik köken, kültürel faktörlerin üzerindeki ciddi etkisi nedeniyle bağımsız risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (89,90).

Obezite ile ilgili genetik çalışmalar, obeziteye neden olabilecek tek gen defektleri bulmuşlardır (91,92). Son yıllarda leptin üretiminde yer alan ob geni ve leptin tarafından regüle edilen kokain ve amfetamin ile regüle edilen transkript (CART) proteini dikkat çekmektedir. Tüm bu çalışmalar, gelecekte obezite tedavisinin şekillenmesinde önemli rol oynayacaklardır (88).

Obezite çok yönlü bir hastalıktır. Obezite ile ilişkili olduğu düşünülen kronik hastalıklar, koroner kalp hastalığı, hiperlipidemi, diyabet, solunum hastalıkları, ortopedik hastalıklar olarak sıralanabilir. Kadınlarda abdominal obezitenin infertilite, hiperandrojenizm, âdet bozuklukları, polikistik over sendromu gibi ovulatuvar disfonksiyona neden olabileceği de bilinmektedir (93,94). Tıbbi sorunların yanı sıra birçok psikolojik ve sosyal sorun da obezite ile ilişkilendirilmiştir (95).

Obeziteden koruma perinatal dönemden başlayarak tüm yaşam süresince devam etmelidir. Diyetle aşırı kalori alımının kısıtlanmasının yanı sıra hareketli bir yaşam tarzı benimsenmelidir (96). Amerikan Aile Hekimleri Birliği, fizik aktivitenin bisiklete binme, koşma, aktif takım oyunları gibi en az

orta derecede ve her gün en az 30 dakika yapılmasını önermiştir (97).

Obeziteyle mücadele sağlık politikalarının içinde yer almalıdır. Çocuk ve gençlere yönelik reklamlar, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzına ilişkin örnekler içermelidir. Başta birinci basamak hekimleri ve hemşireleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları, çocukların ve ailelerinin dikkatini BKİ izlemine çekmeli ve düzenli programlarla koruyucu önlemleri onlarla paylaşmalıdırlar (88).

3. Yeme bozukluklarında tarama yöntemi

Yeme Tutum Testi (EAT) : Yeme bozukluğu (YB) olan hastaları değerlendirmek amacıyla 1979'da Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir. Testin 40 soruluk ve 26 soruluk iki formu bulunmaktadır. Her iki test de kendini değerlendirme ölçekleri olup altı dereceli Likert tipinde yanıtlanmaktadır. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Öte yandan ölçek hastalık için yüksek risk oluşturan topluluklarda YB hastalarını belirlemek için bir tarama aracı olarak da kullanılmaktadır (98).

GEREÇLER VE YÖNTEM

Çalışmamız Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarını irdelemek, bu öğrenciler arasında olası yeme bozukluğu riskini saptamak amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla Uludağ Üniversitesinin 2007-2008 eğitim-öğretim yılında; Bursa Görükle Yerleşkesinde bulunan Fakülte ve Meslek Yüksek Okulları 1.sınıf öğrencileri çalışma grubu olarak seçilmiş ve basit rasgele örneklem yöntemiyle 1250 öğrenciye anket uygulanmıştır. Ancak 200 öğrenci doldurdukları çalışma formlarını teslim etmediğinden, 50 öğrenci ise formları eksik doldurmaları nedeniyle çalışma dışı bırakılmışlardır. Formları eksiksiz dolduran 1000 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Öğrencilerin çalışmaya katılımı %80 oranındadır. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alınarak başlatılan bu çalışma gönüllülük esasına dayanmakta olup, çalışmaya alınan bireylerden Helsinki Bildirgesi'ne göre onay alınmıştır. Öğrenciler yeme bozukluklarından yaygın görülen Anoreksiya Nervosa, Bulimia Nervosa riski açısından değerlendirilmiştir. Bu amaçla kişilerin boy ve kiloları ölçülüp not edildikten sonra "Yeme Tutum Testi" (Eating Attitudes Test : EAT-40) (Ek:1) uygulanmıştır. Ayrıca EAT ile birlikte sosyodemografik sorular içeren anket formu (Ek:2) da kendilerine verilerek yanıtlamaları istenmiştir.

1. Yeme Tutum Testi (EAT) : Yeme bozukluğu olan hastaları değerlendirmek amacıyla 1979'da Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiş bir testtir (98). EAT-40 ilk defa 1985'de Dr. Orhan Doğan tarafından Türkçeye çevrilmiş, Türkiye'de ölçeğin güvenilirlik-geçerlilik çalışması da Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır (99). Test 40 sorudan oluşmakta, cevaplar "daima-hiçbir zaman" arasında değişen altı basamaklı Likert formunda değerlendirilmektedir. EAT-40 için kesme değeri 30 puandır. Otuz puan ve üzerinde alan kişiler yeme bozukluğu bulunma riski yüksek kişiler olarak

değerlendirilmektedir. Puan artışı doğrudan patolojinin derecesi ile doğru orantılıdır (98).

2 . Sosyo-demografik Veriler Anket Formu: Yaş, doğum yeri, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, egzersiz alışkanlığı, bilgisayar ve televizyon (TV) izleme süreleri, anne ve babanın kilo durumunu, sistemik hastalıkları olup olmadığı, düzenli ilaç kullanımı, öğrencinin ailesinin ekonomik gelir düzeyi, öğrencinin ekonomik gelir düzeyi, yemek seçimini sorgulayan anket formudur.

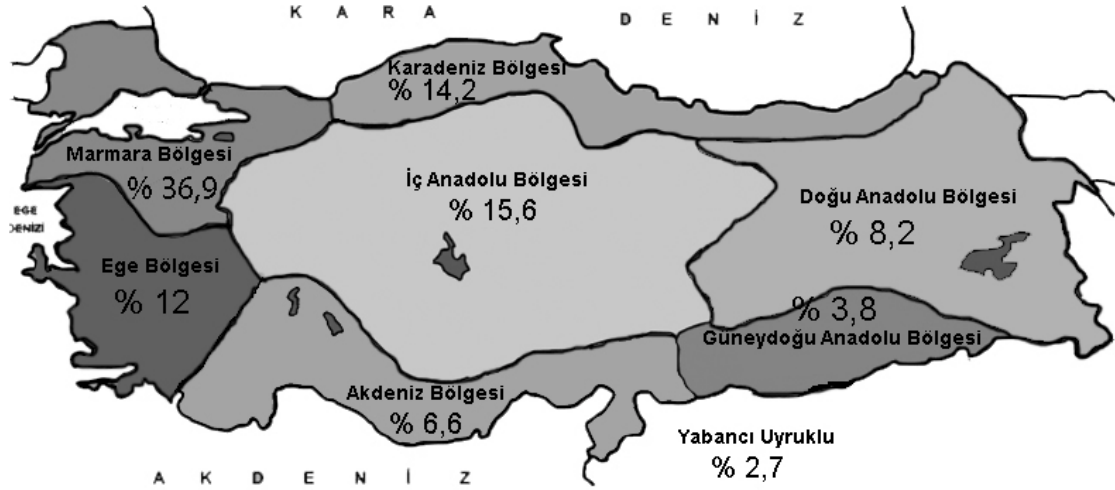
3 . Beden Kitle İndeksi (BKİ): Kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boyun karesine bölümü ile elde edilen değerlerdir

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS programında değerlendirilmiş, karşılaştırmalı analizler; Pearson ki-kare testi, Kruskal Wallis Test, Anova, Fisher'in Kesin ki-kare testleri kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada genel olarak $p < 0,05$ 'daki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan toplam 1000 üniversite öğrencisinin %53,1'i (n:531) kız, %46,9'u (n:469) erkekti. Öğrencilerin yaş ortalaması $18,7 \pm 1,3$ bulundu. Kızların yaş ortalaması $18,6 \pm 1,4$, erkeklerin yaş ortalaması ise $18,7 \pm 1,1$ yaştı.

Öğrencilerin doğum yerlerine bakıldığında; büyük kısmının (%36,9) Uludağ Üniversitesi'nin bulunduğu Marmara bölgesi doğumlu oldukları görülmekte, bunu sırasıyla İç Anadolu Bölgesi (%15,6) ve Karadeniz Bölgesi (%14,2) doğumlular izlemektedir (Şekil -1).

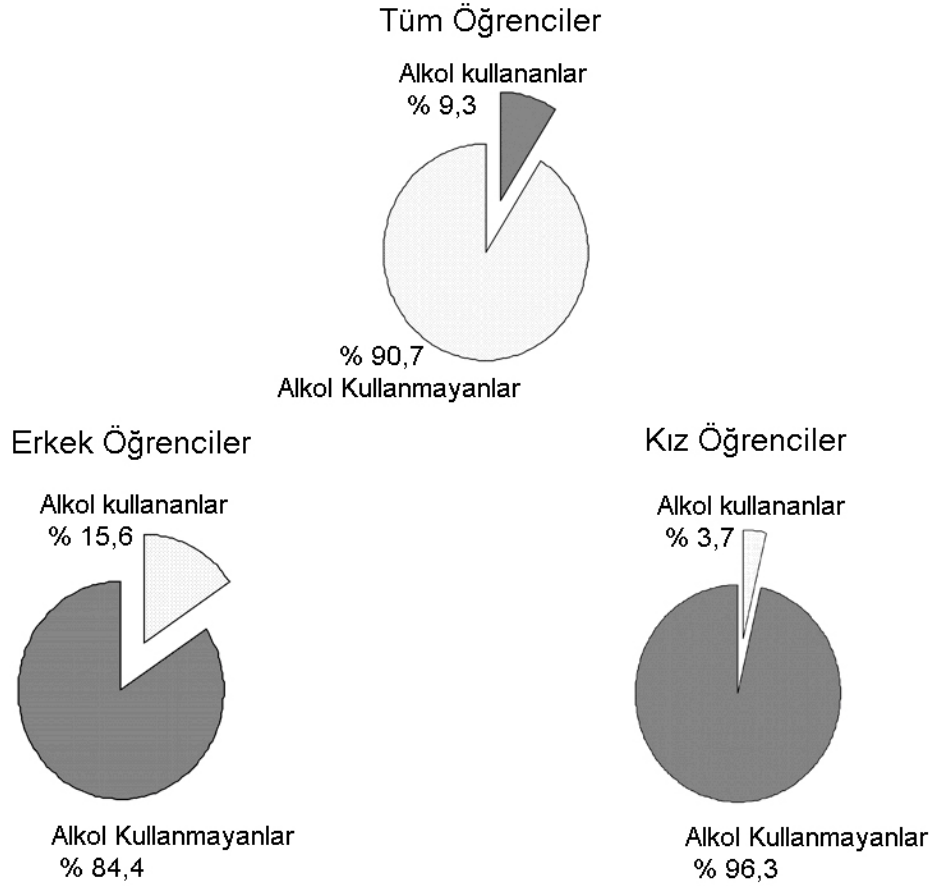


Şekil -1: Öğrencilerin Doğdukları Coğrafik Bölgelere Göre Dağılımları

Tüm öğrencilerin içinde sigara içenlerin oranı %8,3 idi. Erkeklerin %14,3 sigara içerken, kızların sadece %3'ünde sigara alışkanlığı mevcuttu. Cinsiyetler arasında sigara alışkanlığı ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı

farklılık vardı ($p < 0,001$) (Tablo-1).

Öğrencilerin içinde alkol kullananların oranı %9,3 bulundu. Kız öğrencilerin %3,7 'si, erkeklerin ise %15,6'sı alkol kullanmaktaydı. İki cinsiyet arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$)(Tablo-1) (Şekil-2).

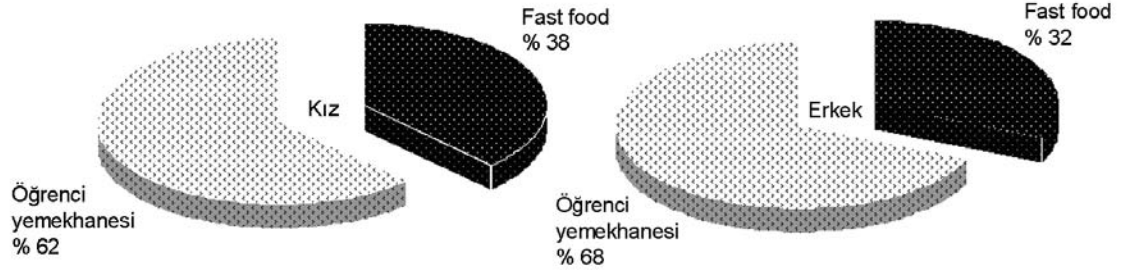


Şekil- 2: Tüm öğrencilerin alkol kullanım durumları

Tablo - 1 Cinsiyete göre sigara, alkol, egzersiz alışkanlıkları ve ebeveyn kilo durumunun karşılaştırılması

	Cinsiyet				Toplam (n:1000)		İstatistiksel sonuç (Pearson χ^2)
	Kız (n:531)		Erkek (n:469)		n	%	
	n	%	n	%			
Sigara alışkanlığı							
Sigara içenler	16	3	67	14,3	83	8,3	$\chi^2 = 41,58$ $p < 0,0001$
Sigara içmeyenler	515	97	402	85,7	917	91,7	
Alkol alışkanlığı							
Alkol Kullananlar	20	3,7	73	15,6	93	9,3	$\chi^2 = 41,1$ $p < 0,0001$
Alkol Kullanmayanlar	511	96,3	396	84,4	907	90,7	
Egzersiz alışkanlığı							
Hiç yapmayanlar	330	62,1	195	41,6	525	52,5	$\chi^2 = 46,5$ $p < 0,0001$
Haftada 3 kez-30 dk,	107	20,2	172	36,7	279	27,9	
Ayda 3-4 kez	94	17,7	102	21,7	196	19,6	
Ebeveynlerde kilo sorunu							
Anne kilolu	99	18,6	92	19,6	191	19,1	$\chi^2 = 2,86$ $p > 0,05$
Baba kilolu	61	11,5	47	10	108	10,8	
Anne ve baba kilolu	52	9,8	34	7,2	86	8,6	
Anne ve baba normal	319	60,1	296	63,1	615	61,5	
Yemek tercihi							
Fast food	201	37,9	147	31,3	348	34,8	$\chi^2 = 4,65$ $p < 0,05$
Öğrenci yemekhanesi	330	62,1	322	68,7	652	65,2	

Öğrencilerin büyük kısmı (%65,2 ; n:652) öğrenci yemekhanesini, %34,8'i ise (n:348) fast food'u tercih ettiklerini ifade ettiler. Kız öğrencilerin %37,9'u fast food tarzı beslenmeye yönelirken %62,1'i öğrenci yemekhanesini tercih etmekte olup bu oranlar erkek öğrencilerde sırasıyla %31,3 fast food, %68,7 öğrenci yemekhanesi şeklindedir. Kız öğrencilerin fast food tercihi anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo-1) (Şekil-3).



Şekil - 3: Öğrencilerin cinsiyete göre yemek tercihleri

Öğrencilerin doğdukları coğrafi bölgelere göre yemek tercihleri karşılaştırıldığında en çok fast food tercihini %44,4 ile yabancı uyruklu öğrencilerin yaptığı bunu %42 ile Marmara Bölgesi doğumluların izlediği görüldü; fast food tercihi en az olan öğrenciler %23,7 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesinde doğmuş olanlardı. Öğrenci yemekhanesini ise en fazla %76,3 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlu öğrenciler tercih ederken , en az tercih edenler %55,6 ile yabancı uyruklu öğrencilerdi (Tablo-2).

Araştırmaya katılan öğrencilerin doğdukları coğrafik bölgeye göre %36,9 ile en fazla dilimi oluşturan Marmara Bölgesinde yemek tercihleri; %42 ile fast food, %58 ile öğrenci yemekhanesi olarak bulundu.

Marmara Bölgesinin diğer bölgelerle göre yemek seçimlerinde Pearson ki-kare testine göre karşılaştırılması yapıldığında İç Anadolu Bölgesi doğumluların %32,7 ile fast food'u daha az, %67,3 ile yemekhaneyi daha fazla ($p<0,05$), Karadeniz Bölgesi doğumluların %24,6 ile fast food'u daha az, %75,4 ile yemekhaneyi daha fazla ($p<0,05$), Doğu Anadolu Bölgesi doğumluların %26,8 ile fast food'u daha az, %73,2 ile yemekhaneyi daha fazla ($p<0,05$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumluların %23,7 ile fast food'u daha az, %76,3 ile yemekhaneyi daha fazla tercih etmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo-2)

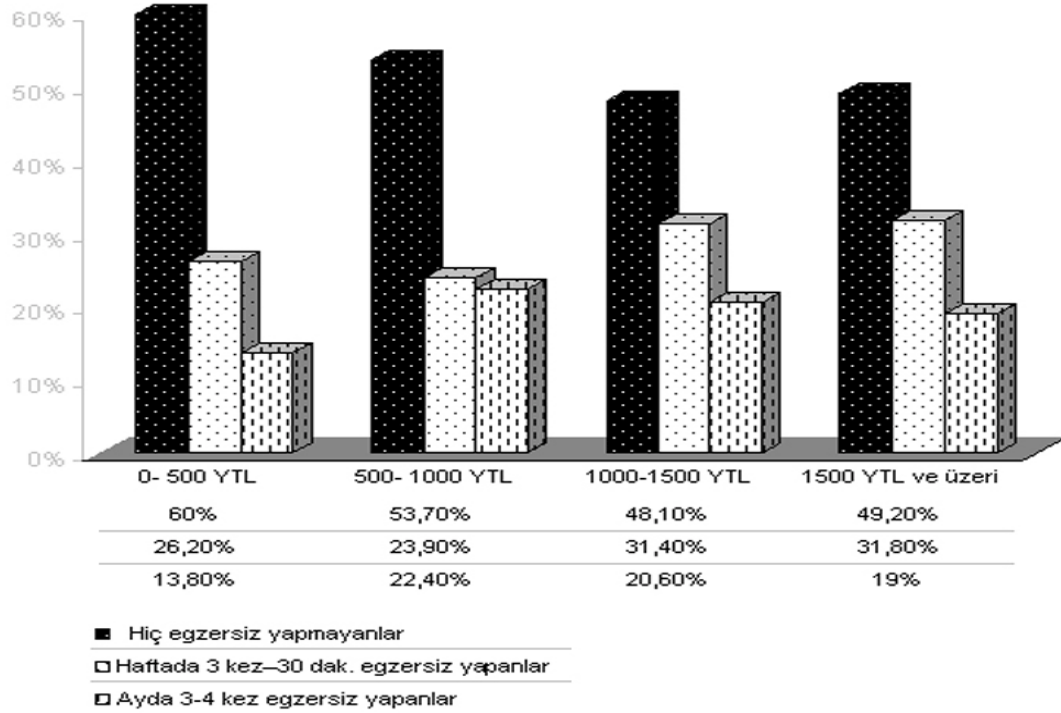
Tablo - 2 Öğrencinin yemek tercihi ile gelir düzeyleri, obezite durumu ve doğulan coğrafik bölge gibi faktörler arasındaki ilişki

	Yemek tercihi				Toplam		Sonuç
	Fast food		Öğrenci yemekhanesi				
	n	%	n	%	n	%	(Pearson χ^2)
Öğrencinin ailesinin gelir düzeyi							
0 – 500 TL	48	24,6	147	75,4	195	100	$\chi^2 = 23,7$ $p < 0,0001$
500 - 1000 YTL	103	30,4	236	69,6	339	100	
1000 - 1500 TL	118	41,1	169	58,9	287	100	
1500 TL ve üzeri	79	44,1	100	55,9	179	100	
Öğrencinin kendi gelir düzeyi							
100 – 300 TL	307	33,8	602	66,2	909	100	$\chi^2 = 9,07$ $p > 0,05$
300 - 500 TL	30	42,3	41	57,7	71	100	
500 - 800 TL	9	69,2	4	30,8	13	100	
800 - 1500 TL	2	28,6	5	71,4	7	100	
Obezite							
BKİ < 30 kg/m ²	343	35	638	65	981	100	$\chi^2 = 0,61$ $p > 0,05$
BKİ > 30 kg/m ²	5	26,3	14	73,7	19	100	
Öğrencinin doğduğu coğrafik bölge							
Marmara Bölgesi	155	42	214	58	369	100	$\chi^2 = 21,2$ $p < 0,05$
Ege Bölgesi	39	32,5	81	67,5	120	100	
İç Anadolu Bölgesi	51	32,7	105	67,3	156	100	
Akdeniz Bölgesi	25	37,9	41	62,1	66	100	
Karadeniz Bölgesi	35	24,6	107	75,4	142	100	
Doğu Anadolu Bölgesi	22	26,8	60	73,2	82	100	
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	9	23,7	29	76,3	38	100	
Yabancı Uyruklu	12	44,4	15	55,6	27	100	

Tüm üniversite öğrencilerinin %52,5 i hiç egzersiz yapmadığını ifade etmekte olup, kız öğrencilerin arasında bu oran % 62,1 , erkek öğrenciler arasında ise % 41,6 idi. Egzersiz yapmayan grupta cinsiyetler arasında

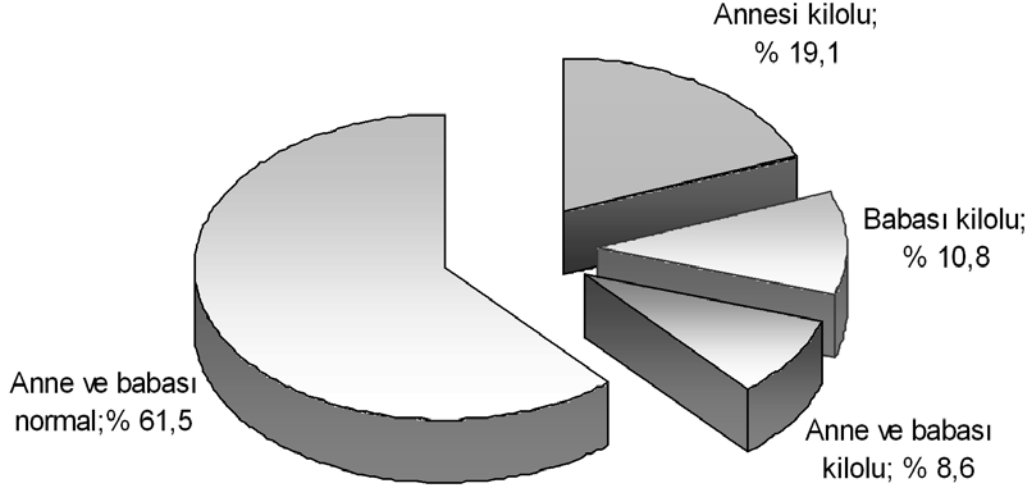
anlamli farklilik bulundu ($p < 0,0001$). Egzersiz yapan öğrencilerin % 27,9 u “düzenli olarak haftada 3 kez 30 dakika süreyle”, % 19,6 sı “ayda 3-4 kez” egzersiz yaptığını belirtti. Düzenli egzersiz yapan (haftada 3 kez 30 dakika) erkek öğrencilerin oranı % 36,7 bulunurken; kız öğrencilerin sadece % 20,2 ‘si düzenli egzersiz yapmaktaydı. Cinsiyetler arasında egzersiz süreleriyle ilgili farklilik istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,0001$)(Tablo-1).

Yine bu araştırmada aileleri dar gelirli olan (0- 500TL) öğrencilerde hiç egzersiz yapmayanların oranı %60 iken, aileleri yüksek ekonomik gelir düzeyine (1500 TL ve üzeri) sahip olan öğrencilerde bu oran %49,2 bulundu. Dar gelirli ailelerin (0- 500TL) öğrencileri %26,2 oranında düzenli “haftada 3 kez–30 dk. egzersiz yaparken , yüksek ekonomik gelir düzeyine (1500 TL ve üzeri) sahip ailelerin öğrencilerinde oran %31,8 olarak bulundu. Ailelerin gelir düzeyi yükseldikçe öğrencilerin egzersiz eğilimleri artmaktaydı (Şekil-4). Bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$).



Şekil – 4: Öğrencilerin aile gelir durumuna göre egzersiz alışkanlıklar

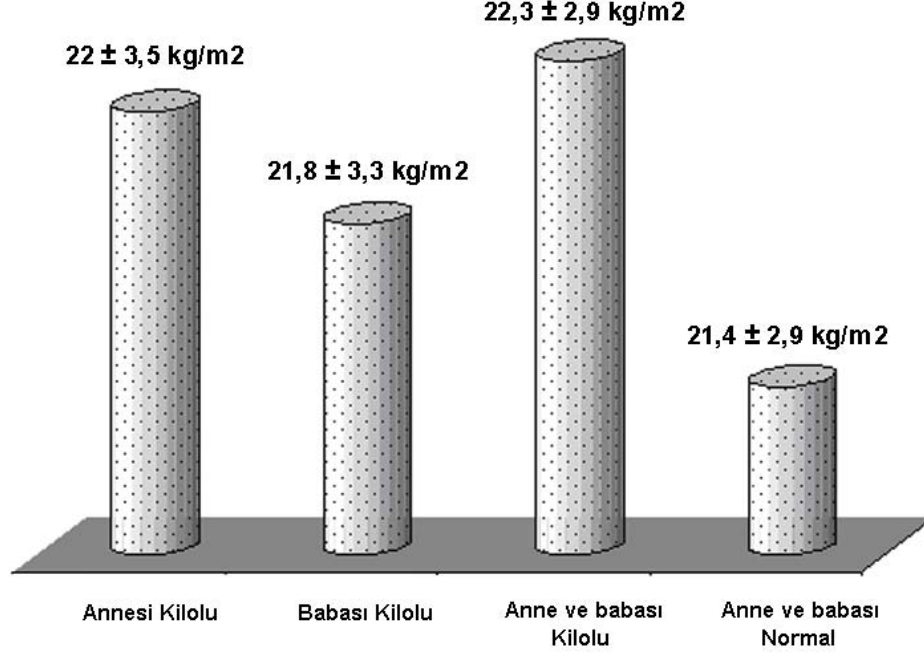
Araştırmaya alınan öğrencilerin %19,1'i sadece annesinin, %10,8'i sadece babasının, %8,6'sı hem anne hemde babasının kilolu olduğunu, %61,5'i ise anne ve babasının kilo sorunu olmadığını ifade etti (Tablo-1) (Şekil-5)



Şekil – 5: Öğrencilerin ebeveynlerinin kilo durumu

Tüm öğrencilerin Beden Kitle İndeksi ortalaması $21,4 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$ iken , kız öğrencilerin BKİ ortalaması $20,6 \pm 2,7 \text{ kg/m}^2$, erkek öğrencilerin ise $22,4 \pm 3,3 \text{ kg/m}^2$ olarak bulundu Cinsiyetler arasında Beden Kitle İndeksi ortalamaları bakımından anlamlı farklılık vardı ($p < 0,0001$)(Tablo-1).

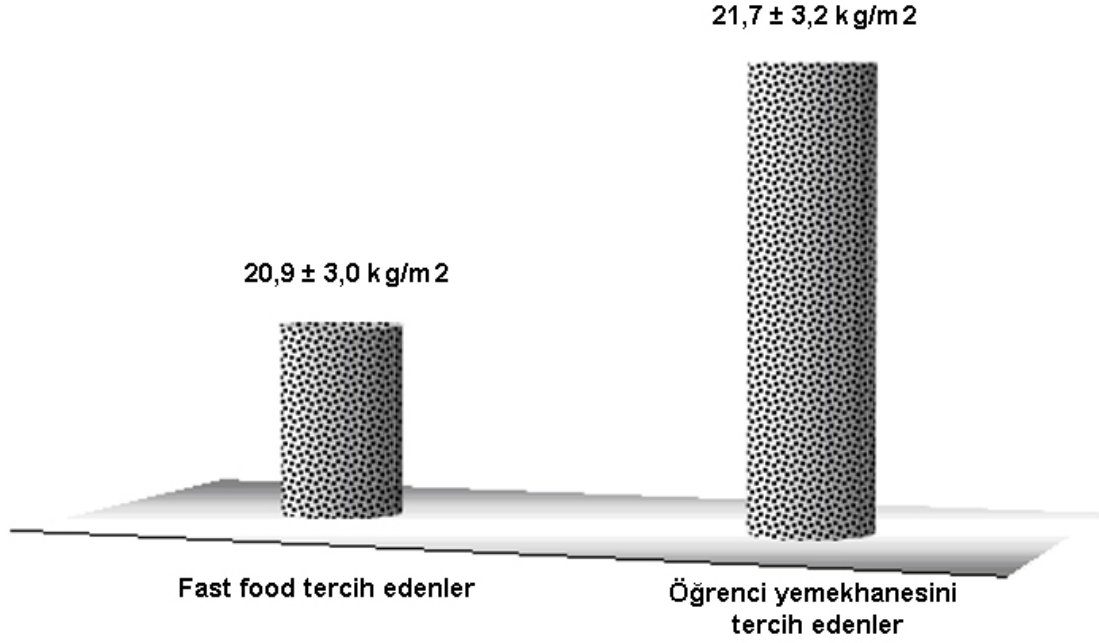
Annesi kilolu olan öğrencilerin BKİ ortalaması $22 \pm 3,5 \text{ kg/m}^2$, babası kilolu olan öğrencilerin BKİ Ortalaması $21,8 \pm 3,3 \text{ kg/m}^2$, anne ve babası kilolu olan öğrencilerin BKİ ortalaması $22,3 \pm 2,9 \text{ kg/m}^2$, anne ve babasının kiloları normal olanların BKİ ortalaması $21,4 \pm 2,9 \text{ kg/m}^2$ olarak bulundu.



Şekil – 6: Öğrencilerin ebeveynlerinin kilo durumuna göre Beden Kitle İndeksi ortalamaları

Ebeveynleri kilolu olan ve ebeveynlerinde kilo sorunu olmayan öğrencilerin BKİ ortalamaları birbiriyle kıyaslandığında, annesinde kilo sorunu olanların BKİ ortalaması anne ve babası normal kiloda olanlara göre anlamlı şekilde yüksek çıktı ($p < 0,05$). Yine babasında kilo sorunu olanların anne ve babası normal kiloda olanlara göre BKİ ortalaması anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Anne babası kilolu olanlarla anne ve babası normal kiloda olanlar kıyaslandığında , anne ve babası kilolu olanların BKİ ortalaması yine anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Tablo-3).

Öğrenci yemekhanesini tercih edenlerin BKİ ortalaması $21,7 \pm 3,2$ kg/m^2 (n:654), fast food tercih edenlere $20,9 \pm 3,0$ kg/m^2 (n:346) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Tablo-3)(Şekil-7).



Şekil – 7: Öğrencilerin yemek tercihine göre Beden Kitle İndeksi ortalamaları

Öğrencilerin sigara kullanımı ile BKİ ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ayrıca egzersiz alışkanlığı ile BKİ ortalaması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Öğrencilerin doğum yerleri ile BKİ ortalamaları arasında fark yoktu ($p>0,05$).

TV ve Bilgisayar karşısında geçirilen süre ile BKİ ortalaması arasında anlamlılık yoktu ($p>0,05$). Öğrencinin aile gelir düzeyleri ile öğrencilerin BKİ ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo -3).

Tablo - 3 Cinsiyet, ebeveynlerde kilo sorunu, öğrencinin ailesinin gelir düzeyi, TV ve bilgisayar karşısında geçirilen süre, yemek tercihi, egzersiz alışkanlığı gibi faktörlerin öğrencilerin BKİ ortalaması üzerine etkileri

	BKİ ORTALAMASI (kg/m ²)		
	N	Ortalama	St. sapma
Cinsiyet			
Kız	531	20,6**	± 2,7
Erkek	469	22,4**	± 3,3
Ebeveynlerde kilo sorunu			
Anne kilolu	191	22,0*	± 3,5
Baba kilolu	108	21,8*	± 3,3
Anne ve baba kilolu	86	22,3*	± 2,9
Anne ve baba normal	615	21,4	± 2,9
Öğrencinin ailesinin gelir düzeyi			
0- 500 TL	195	21,6	± 3,3
500- 1000 TL	339	21,3	± 2,9
1000-1500 TL	287	21,6	± 3,4
1500 TL ve üzeri	179	21,2	± 3,0
TV ve Bilgisayar karşısında geçirilen süre			
Hiç izlemem	42	21,2	± 3,2
1-2 saat	496	21,4	± 3,1
3-4 saat	384	21,3	± 3,0
5 saat ve üstü	76	22,1	± 4,0
Yemek tercihi			
Fast food	346	20,9**	± 3,0
Öğrenci yemekhanesi	654	21,7**	± 3,2
Egzersiz alışkanlığı			
Hiç yapmayanlar	525	21,2	± 3,2
Haftada 3 kez-30 dk,	279	21,7	± 3,1
Ayda 3-4 kez	196	21,6	± 3,2

** p<0,0001 * p>0,05

Öğrenciler arasında obezite ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) görülme sıklığı %1,9 olarak bulundu. $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ve üzerinde olan öğrencilerin %15,8'i kız , %84,2'si erkek öğrenciydi. Kız öğrenciler arasında obezite görülme oranı % 0,6 iken bu oran erkek öğrenciler için %3,4 bulundu. Cinsiyetler arasındaki bu fark anlamlıydı ($p < 0,05$)

Bu çalışmada öğrencilerin yemek tercihleri, alkol kullanımları, öğrencilerin doğdukları coğrafik bölgeler, egzersiz alışkanlıkları, sigara alışkanlıkları ile obezitesi olan öğrenci sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilemedi ($p > 0,05$).

Obezitesi olan ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) öğrencilerin (n:19) %26,3'ü fast food tercihi yaparken, %73,7 si öğrenci yemekhanesini tercih etmekteydi (Tablo-2).

Obezitesi olan öğrencilerin %52,6'sı hiç egzersiz yapmazken, sadece %21,1'i düzenli olarak "haftada 3 kez 30 dk." egzersiz yapmakta idi ($p > 0,05$).

Obez olmayan ($30 \text{ kg/m}^2 < BKİ$) öğrencilerin (n:981 ; %98,1) sadece %7,3 ü TV ve bilgisayar karşısında günlük 5 saat ve üzerinde vakit geçirirken, obezitesi olan (n:19 ; %1,9) öğrenciler arasında bu oran %31,6 olarak bulundu. Bu fark çarpıcı şekilde anlamlıydı ($p < 0,05$) .

Tablo- 4 Öğrencilerin çeşitli özelliklerinin BKİ derecelerine göre karşılaştırılması

	BKİ				Toplam		Sonuç (Pearson χ^2)
	< 30 kg/m ²		≥ 30 kg/m ²		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	528	53,8	3	15,8	531	53,1	$\chi^2 =10,826$ $p<0,05$
Erkek	453	46,2	16	84,2	469	46,9	
Alkol alışkanlığı							
Alkol Kullanmayanlar	892	90,9	15	78,9	907	90,7	$\chi^2 =3,39$ $p> 0,05$
Ayda 1-2 kez	60	6,1	3	15,8	63	6,3	
Haftada 1-2 kez	29	3	1	5,3	30	3	
Egzersiz alışkanlığı							
Hiç yapmayanlar	515	52,5	10	52,6	525	52,5	$\chi^2 =0,771$ $p> 0,05$
Haftada 3 kez–30 dk.	275	28	4	21,1	279	27,9	
Ayda 3-4 kez	191	19,5	5	26,3	196	19,6	
Ebeveynlerde kilo sorunu							
Anne kilolu	187	18,9	4	30,8	191	19,1	$\chi^2 =2,45$ $p>0,05$
Baba kilolu	106	10,7	2	15,4	108	10,8	
Anne ve baba kilolu	86	8,7	0	0	86	8,6	
Anne ve baba normal	608	61,6	7	53,8	615	61,5	
TV ve Bilgisayar karşısında geçirilen süre							
Hiç izlemem	41	4,2	1	5,3	42	4,2	$\chi^2 =16,69$ $p>0,05$
1-2 saat	487	49,6	9	47,4	496	49,6	
3-4 saat	381	38,8	3	15,8	384	38,4	
5 saat ve üstü	72	7,2	6	26,3	78	7,8	
Yemek tercihi							
Fast food	341	34,9	5	26,3	346	34,7	$\chi^2=0,6$ $p>0,05$
Öğrenci yemekhanesi	637	65,1	14	73,7	654	65,3	

Tablo- 4'ün devamı.

	BKİ				Toplam		Sonuç (Pearson χ^2)
	< 30 kg/m ²		≥ 30 kg/m ²		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Öğrencinin ailesinin gelir düzeyi							$\chi^2 = 1,86$ $p > 0,05$
0- 500 TL	189	19,3	6	31,6	195	19,5	
500- 1000 TL	334	34	5	26,3	339	33,9	
1000-1500 TL	282	28,7	5	26,3	287	28,7	
1500 TL ve üzeri	176	17,9	3	10,5	179	17,9	
Öğrencinin kendi gelir düzeyi							$\chi^2 = 0,71$ $p > 0,05$
100 – 300 TL	892	90,9	17	89,5	909	90,9	
300- 500 YTL	69	7	2	10,5	71	7,1	
500-800 TL	13	1,3	0	0	13	1,3	
800 - 1500 TL	7	0,7	0	0	7	0,7	

Öğrencinin ailesinin aylık gelir düzeyi 0- 500 TL aralığında olanların %24,4'ü fast food tercihi yaparken aylık geliri 1000-1500 TL aralığında olanlarda bu oran %41,1 bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,0001$). Öğrencinin kendi gelirine göre kıyaslandığında, kendi geliri 100 - 300 TL aralığında olan öğrencilerin %33,8'i fast food tercih ederken, kendi geliri 500-800 TL aralığında olan öğrenciler %69,2 oranında fast food tercihi yapmaktaydı ($p < 0,05$). Öğrencilerin aile gelir düzeyi ve kendi gelir düzeyleri arttıkça fast food yemek tercihleri artarken, öğrenci yemekhanesi tercihlerinin anlamlı şekilde azaldığı bulundu (Tablo-4).

Çalışmamızda; ailesi en alt gelir seviyesinde (0-500 TL) olan öğrencilerin %8,7'si hiç TV ve Bilgisayar başında vakit geçirmediğini ifade ederken, %59 'u 1-2 saat, %26,2'si 3 -4 saat, %6,2'si 5 saat ve üzerinde zaman geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Ailesi en yüksek gelir seviyesinde (1500 TL ve üzeri) olan öğrencilerin sadece %2,2'si TV ve Bilgisayar başında vakit geçirmediğini ifade ederken, %44'ü 1-2 saat, %44,7'si 3-4 saat, %8,9'u 5 saat ve üzerinde zaman

geçirmekte olduğunu ifade etmiştir. Bu oranlara göre düşük gelir seviyesindeki ailelerin öğrencilerinin TV ve Bilgisayar başında geçirdikleri süre daha kısa idi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.0001$)(Tablo-5).

Tablo - 5 Öğrenci ailesinin gelir düzeyi ile öğrencinin TV ve Bilgisayar karşısında geçirilen sürelerin karşılaştırılması

	Öğrenci ailesinin gelir düzeyi (TL)									
	0- 500		500- 1000		1000-1500		1500 ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TV ve Bilgisayar karşısında geçirilen süre										
Hiç izlemem	17	8,2	12	3,5	9	3,1	4	2,2	42	4,2
1-2 saat	115	29	168	49,6	134	46,7	79	44,1	496	49,6
3-4 saat	51	26,2	132	38,9	121	42,2	80	44,7	384	38,4
5 saat ve üstü	12	6,2	27	8	23	8	16	8,9	78	7,6

$$x^2 = 43,81 \quad p < 0.0001$$

Yeme Tutum Testi (EAT) skorundan 30 puan ve üzerinde alan öğrenci sayısı 226 (%22,6) idi. Bunların %60,6'sı (n:137) kız, %39,4'ü (n:89) erkek öğrenciydi. Kız öğrenciler arasında Yeme Tutum Testi (EAT) skorundan 30 puan ve üzerinde alanlar %25,8, erkek öğrenciler arasında %19 bulundu. Yeme bozukluğu riski kız öğrencilerde daha fazlaydı. Cinsiyetler arasındaki bu fark anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo-7).

Öğrencilerin alkol alışkanlığı, aile geliri, kendi geliri, egzersiz alışkanlığı, TV ve Bilgisayar karşısında geçirilen süre, ebeveynlerde kilo sorunu, yemek tercihi ile Yeme Tutum Testi skorundan 30 puan ve üzerinde alan öğrenciler arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0,05$)(Tablo-7).

Yeme Tutum Testi (EAT) skorundan 30 puan ve üzerinde alıp Yeme bozukluğu riski taşıyan öğrencilerin arasında ($EAT \geq 30$) fast food tercih edenlerin oranı %36,7 iken, öğrenci yemekhanesini tercih edenlerin oranı %63,3 bulundu (Tablo-7).

Öğrencilerin doğdukları coğrafik bölgelere göre analizleri yapıldığında Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlu öğrencilerin Yeme bozukluğu riski en yüksek gurup olduğu bulundu. Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlu öğrenciler arasında Yeme Tutum Testi'nden ≥ 30 puan alanların oranı %42,1'di. Bunu sırasıyla %37 ile yabancı uyruklu öğrenciler , %27,3 ile Akdeniz Bölgesi, %26,7 ile Ege Bölgesi doğumlular, %22,2 ile Marmara Bölgesi doğumlular izledi. Yeme bozukluğu risk oranı (Yeme Tutum Testi'nden ≥ 30 puan alan) en düşük çıkan %10,6 ile Karadeniz Bölgesi doğumlu öğrencilerdi. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$) (Tablo-7).

Obezitesi olan 19 (%1,9) öğrenciden Yeme Tutum Testi'nden ≥ 30 puan alanların oranı %26,3 bulundu. Tüm öğrenciler içinde hem obez olup hem de Yeme Tutum Testi'nden ≥ 30 puan alanların oranı % 0,5 olarak bulundu.

Tablo-7 Yeme Tutum Testi (EAT) sonuçlarına göre öğrencilerin çeşitli özellikleri

	Yeme Tutum testi sonuçları				Toplam		Sonuç (Pearson χ^2)
	EAT<30		EAT≥30		n	%	
	n	%	n	%			
Cinsiyet							
Kız	394	74,2	137	25,8	531	100	$\chi^2 =6,62$ $p<0,05$
Erkek	380	81	89	19	469	100	
Alkol alışkanlığı							
Alkol Kullanmayanlar	701	77,3	206	22,7	907	100	$\chi^2 =1,76$ $p> 0,05$
Ayda 1-2 kez	47	74,6	16	25,4	63	100	
Haftada 1-2 kez	26	86,7	4	13,3	30	100	
Toplam							
Egzersiz alışkanlığı							
Hiç yapmayanlar	412	78,5	113	21,5	525	100	$\chi^2 =2,16$ $p> 0,05$
Haftada 3 kez-30 dk.	218	78,1	61	21,9	279	100	
Ayda 3-4 kez	144	73,5	52	26,5	196	100	
Ebeveynlerde kilo sorunu							
Anne kilolu	142	74,3	49	25,7	191	100	$\chi^2 =6,54$ $p>0,05$
Baba kilolu	77	71,3	31	28,7	108	100	
Anne ve baba kilolu	63	73,3	23	26,7	86	100	
Anne ve baba normal	492	80	123	20	615	100	
TV ve Bilgisayar karşısında geçirilen süre							
Hiç izlemem	32	76,2	10	23,8	42	100	$\chi^2 =4,35$ $p>0,05$
1-2 saat	383	77,2	113	22,8	496	100	
3-4 saat	305	79,4	79	20,6	384	100	
5 saat ve üstü	53	69,7	23	30,3	76	100	
Yemek tercihi							
Fast food	263	76	83	24	346	100	$\chi^2 =0,52$ $p>0,05$
Öğrenci yemekhanesi	508	78	143	22	654	100	

Tablo – 7'nin devamı.

	Yeme Tutum testi sonuçları				Toplam		Sonuç (Pearson χ^2)
	EAT<30		EAT≥30		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Öğrencinin ailesinin gelir düzeyi							
0- 500TL	148	75,9	47	24,1	195	100	$\chi^2 = 3,75$ $p > 0,05$
500- 1000 TL	253	74,6	86	25,4	339	100	
1000-1500 TL	228	79,4	59	20,6	287	100	
1500 TL ve üzeri	145	81	34	19	179	100	
Öğrencinin kendi gelir düzeyi							
100 - 300TL	706	77,7	203	22,3	909	100	$\chi^2 = 5,01$ $p > 0,05$
300- 500 YTL	50	70,4	21	29,6	71	100	
500-800 TL	11	84,6	2	15,4	13	100	
800 - 1500 TL	7	100	0	0	7	100	
Öğrencinin doğduğu coğrafik bölge							
Marmara Bölgesi	287	77,8	82	22,2	369	100	$\chi^2 = 25,25$ $p < 0,05$
Ege Bölgesi	88	73,3	32	26,7	120	100	
İç Anadolu Bölgesi	121	77,6	35	22,4	156	100	
Akdeniz Bölgesi	48	72,7	18	27,3	66	100	
Karadeniz Bölgesi	127	89,4	15	10,6	142	100	
Doğu Anadolu Bölgesi	64	78	18	22	82	100	
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	22	57,9	16	42,1	38	100	
Yabancı Uyruklu	17	63	10	37	27	100	

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Fakülte ve Meslek Yüksek Okullarında okuyan birinci sınıf öğrencileri arasında yeme bozukluğu riskinin belirlenmesi amaçlandı.

Araştırma kapsamına alınan toplam 1000 üniversite öğrencisinin yaş ortalaması $18,9 \pm 1,3$ yaş olarak bulundu, % 53,1'i (n: 531) kız, % 46,9'u (n:469) erkekti. Kızların yaş ortalaması $18,6 \pm 1,4$, erkeklerin yaş ortalaması ise $18,7 \pm 1,1$ yaştı.

Üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun Marmara bölgesi doğumlu oldukları %36,9 (n:369) , bunu sırasıyla İç Anadolu %15,6 ve Karadeniz Bölgesinin %14,2 izlediği görüldü. Uludağ Üniversitesinde Alper ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Tıp Fakültesi 1.sınıf öğrencileri yaşadıkları bölge açısından incelenmiş; %41,7'si Marmara ve Ege bölgesinde, %13,6'sı İç Anadolu bölgesinde, %11,3'ü Karadeniz bölgesinde yaşamakta olduğu tespit edilmiştir (100). Bu doğrultuda öğrencilerin günümüzde daha çok kendilerine en yakın üniversiteyi tercih ettikleri görülmektedir. Bunun bir çok sebebi vardır. Üniversite eğitimi Türkiye'de daha çok devlet desteklidir. Böyle olmasına rağmen bu çalışmada öğrenci ailesinin gelirlerinin en fazla (%33,9) 500-1000 TL diliminde olduğu düşünülürse, ailenin kendi çocuğunu ikamet ettiği bölgeden daha uzak bir yerde okutmakta zorlanacağını aşıkardır.

Sigara alışkanlığı önlenabilir bir halk sağlığı sorunu olarak tüm dünya gençliğini tehdit etmeye devam etmektedir. Tüm dünyada 1,1 milyar kişi sigara içmektedir ve 2025 yılında bu rakamın 1,6 milyarı aşacağı tahmin edilmektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde sigara alışkanlığında bir azalma görülürken, Türkiye'de sigara içme hızı artmaktadır (101). İlhan ve arkadaşlarının Gazi Üniversitesi'nde tıp öğrencileri arasında yaptıkları

çalışmada sigara içen öğrencilerin oranı %24 bulunmuştur. Sigarayı deneme yaşı $15,6 \pm 5,2$, sigaraya başlama yaşı $17,4 \pm 2,9$ olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada Tıp Fakültesi 1.sınıf öğrencilerinin %17,6'sı sigara kullanırken bu oran 5.sınıf öğrencilerinde %35,7 bulunmuş; sigara içen öğrenciler sigaraya başlamalarında en sık birinci neden olarak "arkadaş etkisini" (%36,7), ikinci neden olarak "özentiyi" (%19) göstermişlerdir (102). Tot ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %35'inin sigara içtiği, kız öğrenciler arasında bu oranın %29, erkek öğrenciler arasında ise %40 olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$)(103). Gültekin ve arkadaşlarının Uludağ Üniversitesi'nde 185 birinci sınıf, 223 altıncı sınıf olmak üzere toplam 408 tıp öğrencisi arasında yaptıkları başka bir çalışmada öğrencilerin sigara kullanma oranı %21,8, alkol kullanma oranı %32,4 bulunmuştur. Birinci sınıf öğrencilerinin %10,3'ü, son sınıf öğrencilerinin %32,3'ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir (104).

Çalışmamızda sigara içen öğrencilerin oranı %8,3 olarak bulundu. Bu, dünyadaki ve Türkiye'deki oranlara kıyasla son derece düşük bir orandır. Bu durum sevindirici olmakla birlikte çalışma gurubumuzun yaş ortalamasının $18,7 \pm 1,3$ olduğu düşünülürse ki bu değer yukarıda sözü geçen çalışmada verilen sigaraya başlama yaşına yakın bir değerdir, bulduğumuz oranın ilerleyen sınıflarda artış gösterebileceğine işaret edebilir. Bu noktada, kişilerin sigaraya başlamaması için özellikle aile hekimlerine danışmanlık açısından büyük sorumluluk düştüğü söylenebilir

Çalışmamızda erkeklerin %14,3'ünün, kızların sadece %3'ünün sigara içtiği bulundu. Cinsiyetler arası fark anlamlı idi ($p < 0,0001$). Bu oran benzer literatür verileriyle paraleldi.

Araştırmalar sigara içen kişilerin sebze ve meyveleri daha az tükettiklerini, dolayısıyla beslenme alışkanlıklarının olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Sigara içenlerin içmeyenlere göre iştahının daha az olduğu, bunun da beslenme durumunu olumsuz etkilediği bildirilmektedir

(105). Ancak çalışmamızda sigara içenlerle içmeyenler arasında BKİ ortalaması bakımından anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bu durum öncelikli olarak çalışma grubumuzda henüz sigara içme oranlarının çok düşük olmasına , bunun yanında öğrencilerin “ağırlıklı olarak yemekhane tercihi yapıyor olmalarının” sigara içiyor olsalar dahi asgari bir beslenme düzeni sağlaması ile , bunun da sigaranın BKİ ortalaması üzerindeki olumsuz etkisini engellediği düşünülebilir.

Dünya Sağlık Araştırması'na göre 2003 yılında Türkiye'de 18 yaş ve üzeri 11.152 kişiyi içeren çalışmada alkol kullanım oranı %18,9 bulunmuş(106). Mersin Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada alkol kullanan öğrencilerin oranı %43 şeklinde saptanmış, kız öğrencilerin %31'i, erkeklerin %54'ü alkol kullanmaktaymış. Cinsiyetler arasındaki fark anlamlı bulunmuş (103). Çalışmaya aldığımız öğrencilerin içinde alkol kullananların oranı %9,3 idi. Bu öğrencilerin %3,7'si kız , %15,6'sı erkek öğrenciydi. İki cinsiyet arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0,001$). Bu oranın düşük olması sigara alışkanlığında olduğu gibi henüz üniversite yaşantısına yeni adım atmış olmalarına bağlanabilir.

Üniversite eğitiminin ilk yılları adolesan dönemi ile çakışmaktadır. Adolesan dönemde özellikle fiziksel büyüme ve gelişmenin belirgin şekilde hızlanması, yaşam şekli ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi, devamlı diyet yapma, kronik hastalıkların varlığı, sigara kullanımı ve spor yapma gibi özel durumlar enerji ve besin öğeleri gereksinimlerini etkilemektedir (107).

Birçok çalışma özellikle gençler arasında fast food alışkanlığının giderek yaygınlaştığını göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkeler artan obezite prevalansının altında fast food alışkanlığının yattığı düşüncesiyle bunu önlemeye dönük ulusal politikalar geliştirme ve fast food reklamlarına sınırlama getirme gayreti içerisinde.

Bizim ülkemizde fast food tercihleri gelişmiş ülkelerdeki boyutta

olmamakla birlikte giderek artan bir risk söz konusudur. Ülkemizde yaygınlaşan fast food denilen beslenme tarzının gençlerde büyüme ve gelişme gereksinimini yeterince karşılayamadığı ve sağlığı olumsuz yönde etkilediği savunulmaktadır (108,109).

Güleç ve ark 'nın 2006'da iki ayrı kız yurdunda kalan 300 kız üniversite öğrencisi arasında yaptıkları çalışmada öğrencilerin %2,7'sinin "her gün", %39,7'sinin "sık sık", %40,3'ünün "bazen" fast food tükettikleri tespit edilmiş (110).

Çalışmamızda öğrencilerin yemek seçiminde en fazla öğrenci yemekhanesini (%65,2), daha az oranda (%34,8) ise fast food tercih ettikleri gözlemlendi. Kız öğrencilerin (% 37) erkeklere (%31,8) göre anlamlı şekilde daha fazla fast food tercih etmekte idi ($p<0,05$). Bu durum literatür verileriyle uyumlu bulundu. Çoğu literatürle uyumlu olmayan ise, son derece sağlıklı bir durum olan hem kız hem de erkek öğrencilerin yemekhaneyi daha fazla tercih etmeleriydi. Yine çalışmamızda ilginç olarak öğrenci yemekhanesini tercih edenlerin BKİ ortalaması ($21,7 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$), fast food tercih edenlere ($20,9 \pm 2,9 \text{ kg/m}^2$) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Genellikle fast food beslenenlerin BKİ ortalamasının yüksek olması beklenirken bu durum çoğu literatürden farklıydı. Biz bu durumu açıklayacak veriye ulaşamadık, bu durum ileride yapılacak başka bir çalışmanın konusu olabilir.

Öğrencilerin doğdukları coğrafi bölgelere göre yemek tercihleri karşılaştırıldığında en çok fast food tercihini %44,4 ile yabancı uyruklu öğrencilerin yaptığı bunu %42 ile Marmara Bölgesi doğumluların izlediği görüldü. Fast food tercihi en az olan öğrenciler %23,7 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesinde doğmuş olanlardı. Türkiye'de henüz fast food alışkanlığının gelişmiş ülkelerdeki kadar ciddi boyutlarda olmadığı söylenebilir. En çok fast food tercihini %44,4 ile yabancı uyruklu öğrencilerin yapması bu gerçekte paralellik göstermektedir. Fast food tercihini en az %23,7 ile farklı damak tadı

ve zengin bir yemek kültürü olan Güneydoğu Anadolu Bölgesinde doğmuş olanların yapması son derece anlamlıydı. Son zamanlarda fast food endüstrisinin Türk Kültürü'ne ve damak tadına göre daha baharatlı ve yöresel özellikler içeren ürünler üretmeye çalışmasının altında geniş kültürel dirençle karşılaşmış olması yatmaktadır.

Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile 107 ölüm nedeni için mortalite, prevalans ve insidans tahminlerinin yapıldığı bir çalışmada, fiziksel aktivite azlığının en önemli risk etmenlerinden birisi olduğu rapor edilmiştir (111). Yaşamın her döneminde sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile beraber düzenli fiziksel aktivite, sağlığın temelini oluşturur. Obezite, diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve osteoporoz gibi birçok kronik hastalığın önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite çok etkilidir (112,113). Üniversiteler buldukları kentleri her konuda öncü olup geliştirmişlerdir Üniversite gençliği gibi toplumun öncü dinamiğini oluşturan grubun spor alışkanlığının olması hem sağlıklı bir toplum için hem de sporun yaygınlaşması için çok önemlidir.

Ancak çalışmamızda %62,1'i kız, %41,6'sı erkek olmak üzere tüm öğrencilerin %52,5'inin hiç egzersiz yapmadığı görülmektedir. Özellikle kız öğrencilerin sadece % 20,2'si düzenli egzersiz yapmaktaydı. Bu oran erkeklerde %36,7 gibi daha yüksek olmasına rağmen gelişmiş ülkelerdeki oranlardan çok geridedir. Son derece sağlıksız olarak değerlendirilen bu olumsuz tablonun birçok sebebi olabileceği gibi öğrencilerin henüz birinci sınıfta olmaları sebebiyle sorunun üniversite öncesi döneme dayandığı düşüncesi ağırlık kazandı. Yani ilköğretim döneminde spor yapacak yeterli imkan sunulamadığı ve böyle bir alışkanlığın eğitimciler ve aileler tarafından geliştirilememesinden kaynaklandığını düşündürdü.

Ayrıca çalışmamızda dar gelirli ailelerin (0-500TL) öğrencileri %26,2 oranında düzenli "haftada 3 kez-30 dk." egzersiz yaparken , yüksek ekonomik

gelir düzeyine (1500 TL ve üzeri) sahip ailelerin öğrencilerinde oran %31,8 olarak bulundu. Yani ailelerin gelir düzeyi yükseldikçe öğrencilerin egzersiz eğilimleri anlamlı şekilde artmaktaydı ($p<0,05$). Bu durum Üniversitelere; öğrencilerine sporu bir yaşam tarzı olarak benimsetmek, bunun için spor eğitimi vermek, spor yapacak alanlar oluşturmak hatta edinemeyen öğrencilere spor malzemesi temininde bulunmak gibi ek misyonlar yüklemektedir.

Kız öğrencilerin Beden Kitle İndeksi ortalaması $20,6 \pm 2,7 \text{ kg/m}^2$, erkek öğrencilerin $22,4 \pm 3,3 \text{ kg/m}^2$ olarak bulundu. Cinsiyetler arasında Beden Kitle İndeksi ortalamaları bakımından anlamlı farklılık vardı ($p<0,0001$). Ebeveynlerin kilolu olma durumlarının ve beslenme alışkanlıklarının çocukların beslenme alışkanlıklarında ve kilosunda belirleyici olduğuna dair pek çok veri bulunmaktadır. Aile çalışmalarından elde edilen sonuçlar obezite fenotipinin %30-50 oranında kalıtımla geçebileceğini ve vücut yağ kitlesine etki eden majör faktörlerden enerji alımı ve enerji sarfiyatına genetik temellerin etki ettiğini ve diyet değişikliklerine verilen cevabın genetik faktörlerle belirlendiğini göstermiştir (114). Araştırmamızda öğrencilerin %19,1'inin annesi, %10,8'inin babası, %8,6'sının hem anne hem de babası kiloludur. Ebeveynlerin kilo durumunun öğrencinin BKİ ortalamasına etkisi incelendiğinde sadece "annesi kilolu olanlar" ya da sadece "babası kilolu olanlar" ile "hem annesi hemde babası kilolu olanlar" "anne ve babası normal kiloda olan" öğrenciler ile kıyaslandı. Ebeveynlerinden herhangi birisi veya her ikisi de kilolu olan öğrencilerin BKİ ortalaması ebeveynlerinde kilo sorunu olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,05$). Bu durum literatür verileriyle paralellik göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde fast food ve diğer bazı yanlış beslenme biçimlerinin daha fazla olması nedeni ile BKİ ortalamasının ekonomik düzey ile doğru orantılı olduğu bildirilmiştir. Oysa ekonomik düzeyi düşük grupta yetersiz beslenmeden dolayı BKİ ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir (115). Ancak biz öğrencilerin

kendi gelir düzeyi, ailesinin gelir düzeyi ve doğdukları coğrafik bölgeler bakımından incelendiğinde öğrencilerin BKİ ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edemedik. Bu günümüzde artık endüstriyel tarımın getirisi olarak özellikle karbonhidrat içerikli besinlerin birim maliyetinin bizim gibi gelişmekte olan ülkeler açısından daha ulaşılabilir noktaya gelmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Artık yeni literatür verilerinde obezitenin dar gelirli insanlarda daha fazla görülmeye başlaması bunu teyit eder bir görüntüdür. Obezitenin çeşitli hastalıklarla ilişkisi bilinmekte olup, morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Hiç sigara içmemiş 45-54 yaş arası yaklaşık 100.000 kadın ve 25.000 erkekte yapılan bir araştırmada BKİ>29 kg/m² olanlarda kardiyovasküler mortalitenin 2 kat, BKİ>32 kg/m² olanlarda ise 4 kat arttığı bildirilmiştir (116). Bir başka araştırmada BKİ>30 kg/m² olduğunda kardiyovasküler, kanser ve diğer nedenlere bağlı ölüm oranlarında artış olduğu rapor edilmiştir (117). Ülkemizde Hatemi ve ark. gerçekleştirdiği ve yaklaşık 25.000 kişinin tarandığı TOHTA araştırmasında ise BKİ'ne göre obezite insidansı kadınlarda %36, erkeklerde %17 ve genelde %25 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada yaş, cinsiyet, doğum sayısı, evlilik, sigarayı bırakma, alkol tüketimi, teknolojik gelişimle birlikte sedanter yaşam, fast food tarzı ve yüksek kalorili gıdaların tüketiminin yaygınlaşması obezite gelişimini etkileyen çevresel faktörler olarak belirlenmiştir (118).

Hem erkekte hem de kadında adolesan obezite hikayesi varlığı kardiyovasküler hastalık ve diyabet riskini arttırmaktadır. Adolesan dönemde obez olan kadınlarda eğitim süresinde azalma, yoksulluk düzeyinde artma ve evlenme yüzdesinde azalma gibi psikososyal sorunlara daha fazla rastlanmaktadır. Diğer problem ise obez adolesanların yaklaşık %50'sinin erişkin dönemde de obez olmaya devam etmesi şeklinde kendini göstermektedir (119,120).

Orak ve arkadaşlarının Süleyman Demirel Üniversitesi'nde 1997-1998 eğitim-öğretim yılında 17-26 yaşları arasında 712 üniversite öğrencisi

arasında yaptıkları araştırmada erkek öğrencilerin %14,5'ini, kız öğrencilerin %3,7'sini fazla kilolu, yine erkek öğrencilerin %0,8'ini, kız öğrencilerin %0,9'unu ise obez bulmuşlardır (121). Alper ve arkadaşlarının Bursa Orhangazi ilçesinde 14-20 yaş aralığında ki öğrencilerde yaptıkları çalışmada obezite oranı %2,4 bulunmuştur. Garibanoğlu ve arkadaşlarının İstanbulda üç farklı üniversitede okuyan yaş ortalaması $19,9 \pm 0,9$ kg/m² olan 358 kız öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %79'u normal (BKİ:18,5-24,9 kg/m²), %15,7'si zayıf (BKİ:18,5 kg/m² ve altı) ve %5,3'ü hafif obez (BKİ:25,0-29,9 kg/m²) ve obez (BKİ:30 kg/m² ve üzerinde) olarak değerlendirilmiştir (122). Bizim çalışmamızda öğrenciler arasında obezite (BKİ≥30 kg/m²) görülme sıklığı %1,9 olarak bulundu. Obezitesi olan öğrencilerin %15,6'sı kız, %84,2'si erkek öğrenciydi. Kız öğrenciler arasında obezite görülme oranı %0,6 iken bu oran erkek öğrenciler için %3,4 bulundu. Cinsiyetler arasındaki bu fark anlamlı idi (p<0,05). Bu yaş grubundaki kızların daha ince bir bedene sahip olma açısından beslenmelerine dikkat etmelerinin mi yoksa başka diğer faktörlerin mi etkili olduğunun araştırılması gerekmektedir.

Erişkin obezitesindeki artış kadar önemli bir artış da çocukluk ve adolesan döneminde gerçekleşmektedir. Bu dönemdeki obezite erişkin döneme zemin hazırladığı için koruyucu hekimliğin önemli bir hedefi çocukluk ve adolesan dönemdeki kilo almayı engellemek olmalıdır (123).

Çalışmamızda yine farklı bir veri olarak obezitesi olan öğrencilerin sadece %26,3'ü fast food tercihi yapmaktaydı. Obezitesi olan (BKİ≥30 kg/m²) öğrencilerin %52,6 'sının hiç egzersiz yapmazken, sadece %21,1'inin "düzenli olarak haftada 3 kez 30 dakika süreyle" egzersiz yaptığı bulundu (p>0,05). Bu durum obezite ile ilgili literatür bilgileriyle uyumlu bir veri olarak değerlendirildi.

Obez olmayan (30<BKİ) öğrencilerin (%98,1) sadece %7,3 ü TV ve

Bilgisayar karşısında günlük 5 saat ve üzerinde vakit geçirirken , obezitesi olan (%1,9) öğrenciler arasında bu oran %31,6 olarak bulundu. Bu fark çarpıcı şekilde anlamlıydı ($p=0,001$). Bu durum obezite etyolojisi araştıran çalışma verileri ile paraleldi.

Yine düşük gelir seviyesindeki ailelerin öğrencilerinin TV ve Bilgisayar başında geçirdikleri süre daha kısaydı. Öğrenci ailesinin gelir seviyesi artıkça TV ve Bilgisayar başında geçirdikleri süreler uzuyordu. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.0001$).

Öğrencinin ailesinin aylık gelir düzeyi 0-500 TL aralığında olanların %24,4'ü fast food tercihi yaparken aylık geliri 1000-1500 TL aralığında olanlarda bu oran %41,1 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.0001$). Öğrencinin kendi gelirine göre kıyaslandığında, kendi geliri 100–300 TL aralığında olan öğrencilerin %33,8'i fast food tercih ederken, kendi geliri 500-800 TL aralığında olan öğrenciler %69,2 oranında fast food tercihi yapmaktaydı ($p<0.05$). Öğrencilerin aile gelir düzeyi ve kendi gelir düzeyleri arttıkça fast food yemek tercihleri artarken , öğrenci yemekhanesi tercihlerinin anlamlı şekilde azaldığı bulundu . Türkiye’de yapılan çalışmalarda kıyaslama yapılacak veriye ulaşılamadı. Görüldüğü gibi öğrencilerin ve ailelerinin alım gücünün artması fast food tarzı keyfi beslenmeyi daha ulaşılabilir hale getirmektedir. Bu tip beslenmenin, sağlıklı modern toplumların rağbet ettiği değil vazgeçmeye çalıştığı bir tarz olduğu gençlere doğru şekilde anlatılmalıdır. Sağlıklı bir üniversite gençliği için; ekonomik iyileşmenin yanında sağlıklı bir tüketim bilinci de kazandırılmalıdır.

Çalışmamızda yeme bozukluğu riski “Yeme Tutum Testi” (EAT- 40) ile belirlendi.

Üniversite öğrencilerinde yeme bozuklukları ile ilgili literatürler incelendiğinde örneğin 2004 yılında Janout ve ark.’nın yaptıkları çalışmada

öğrencilerin branşlarına göre EAT skorundan 30 puan ve üzerinde alanlar ; tıp öğrencilerinde %6,2, hemşirelik kolejinde okuyanlarda %9,2, kozmetik okulunda okuyanlarda %11,9 dansçı öğrencilerde %18,5, artistik patinaj öğrencilerinde %30, top jimnastikçilerinde %37,5 bulunmuştur (124).

Bizim çalışmamız öğrencilerin branşlarına göre planlanmamıştır ancak ileride yapılacak araştırmalarda değişik bölümlerde öğrenim gören öğrencilerinin EAT sonuçlarının kıyaslanması düşünülebilir. Olesti Baiges ve ark.'nın 2008'de İspanya'nın Rous kentinde 12–21 yaş arası ve yaş ortalaması $17,6 \pm 2,5$ kg/m² olan 551 kız adolesan arasında yeme bozukluklarını araştıran çalışmalarında EAT-40 ≥ 30 alan kız öğrenci oranı %23,1 olarak tespit edilmiştir (125). EAT ile yapılan çalışmalarda 30 ve üzerinde puan alanların %7'sinin normal olduğu, diğerlerinin yeme davranışı bozukluğu gösterdiği bildirilmiştir (126).

Alper ve ark.'nın Bursa Orhangazi ilçesinde yaş ortalaması $15 \pm 0,5$ olan 1192 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada EAT-40 >30 ve üzeri risk grubundaki öğrenci oranı %15,5 bulunmuş olup bunların %19,7'si kız, %11,8'i erkek öğrenci olarak saptanmış (122).

2000 yılında Altuğ ve arkadaşlarının İstanbul'da Boğaziçi ve Marmara Üniversitesi'nde okuyan 256 kız öğrenci üzerinde yapılan çalışmada EAT skorundan 30 puan ve üzerinde alanların oranı %7,9 olarak bulunmuş (127).

Yine Türkiye'nin Eskişehir ilinde Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi birinci ve ikinci sınıfta okuyan 213'ü kız (%62,3) ve 129'u erkek (%37,7) 342 öğrenci arasında yapılan çalışmada kızların içinde EAT skorundan 30 puan ve üzerinde alanların oranı %6,1, erkeklerin içindeki oran %1,6 bulunmuş (128).

Bizim çalışmamıza katılan 1000 öğrenciden %22,6'sı (n:226) Yeme Tutum Testi'nden 30 puan ve üzeri almıştır. Özellikle Avrupa ülkelerinde yapılmış çalışmalarla uyumlu bir sonuç gibi görünse de Türkiye'de yapılan

çalışmalara göre yüksek bir orandır (125,127). Kız öğrenciler arasında Yeme Tutum Testi (EAT) skorundan 30 puan ve üzerinde alanlar %25,8, erkek öğrenciler arasında %19'du. Kız öğrencilerin daha fazla risk gurubunda olduğu bulgusu literatürle paralel ve anlamlıydı (122,127,128)($p<0,05$). Bu veriler yeme bozukluklarının ülkemiz için giderek daha fazla sorun olmaya başlayacağını bir işareti olabilir.

Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlu öğrenciler arasında Yeme Tutum Testi (EAT) skorundan 30 puan ve üzerinde alanların oranı %42,1'di. Bunu sırasıyla %37 ile yabancı uyruklu öğrenciler, %27,3 ile Akdeniz Bölgesi, %26,7 ile Ege Bölgesi doğumlular, %22,2 ile Marmara Bölgesi doğumlular izledi. Yeme bozukluğu risk oranı (EAT>30 ve üzeri) en düşük çıkan öğrenciler Karadeniz Bölgesi (%10,6) doğumlulardı. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlu öğrenciler arasında yüksek risk çıkması sürpriz bir sonuçtu. Ancak bu değerleri ölçen başka bir çalışma olmadığından karşılaştırma yapılamadı. Bu konuyu yöresel yada coğrafik olarak irdeleyen başka çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündük.

Literatürde gözleendiği kadarıyla Yeme Tutum Testinin 26 soruluk daha pratik ve ekonomik bir versiyonu olan EAT-26 daha yaygın kullanılmaktadır; ancak Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda Türkçeye çevrilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış yegane test olan EAT-40 soruluk klasik testi kullandık . Ancak öğrencilerin sözel geri bildirimlerinde testin uzunluğundan yakındıklarını gözlemledik. Testin uzun olmasının öğrencilerin doğru cevaplama kalitesini azaltacağını düşünüyoruz. Bu da çalışmamızın pratiklik konusundaki eksikliği sayılabilir.

Bu çalışma bize; üniversitelerde birinci basamak koruyucu hekimlik hizmeti veren birimlerin (Mediko Sosyal ya da Aile Hekimliği Merkezleri) öncülüğünde ilk kayıt esnasında öğrencilerin genel sağlık bilgileri ve yaşam alışkanlıklarını sorgulayan anket formları ile birlikte Yeme Tutum Testi gibi

hastalık risklerini arařtıran tarama testlerinin uygulanmasının gerekliliđini dūřündürdū. Būylece birinci basamak koruyucu hekimlik hizmeti veren birimler iēin ōđrencileri ōđrenim sūreleri boyunca daha etkin takip ve tedavi olanađı sunacak geniř bir veri elde edilmiř olacaktır.

Sonuē olarak ēalıřmamızda Uludađ Ūniversitesi ōđrencilerinin sigara ve alkol alıřkanlıđı ile fast food yemek tercihleri aēısından literatūr verilerine bakarak daha sađlıklı bir noktada oldukları sūylenebilir. Kız ōđrencilerin sigarayı ve alkolū erkeklere gōre daha az tercih ettikleri gōrūlmektedir. Ancak konu yemek tercihi olduđunda kız ōđrencilerde fast food beslenme alıřkanlıđı daha fazladır. Obezite oranının ōđrencilerimizde dūřuk olduđu gōzlemlenmektedir. Ebeveynlerden herhangi birisi veya her ikisi kilolu olduđunda ōđrencilerin kilolu olma eđilimi artmaktadır. Egzersiz yapma oranı bařta kız ōđrenciler olmak ūzere tūm ōđrencilerde son derece dūřūktūr. Ōđrencilerin gelir dūzeyleri arttıka olumsuz anlamda fast food tercihleri, TV ve bilgisayar bařında geēirdikleri sūreler artarken, olumlu olarak egzersiz yapma eđilimleri artmaktadır.

ēalıřma gurubumuzun yeme bozukluđu riski literatūr verilerine oranla daha yūksektir. Ōzellikle kız ōđrenciler daha fazla yeme bozukluđu riskiyle karřı karřıyadır. Geliřmiř ūlkelerde daha sık gōrūlen ve ūlkemiz iēin önceleri daha uzak bir sorun gibi duran Anoreksiya Nervosa yada Bulimia Nervosa gibi yeme bozuklukları riski artık bizim ōđrencilerimiz iēin de daha fazla ciddiye alınması gereken bir noktaya ulařmaya bařlamıřtır. Tūm bu veriler ıřıđında Ūniversitelerde birinci basamak koruyucu hekimlik hizmeti veren birimlerin; ōđrencileri diđer hastalıklar kadar yeme bozuklukları aēısından da rutin olarak taramaları son derece önemlidir, risk tespit edilen ōđrencilerin erken tanısı yeme bozukluđu olan ōđrenciyi olası komplikasyonlardan koruyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Baysal A. Beslenme, Hatipoğlu Yayıncılık, 7. baskı,1997.
2. Pekcan, G. Beslenme Sorunlarının Önlenmesi: Besin, Beslenme Plan ve Politikalarının Önemi. Ankara İli Beslenme Alışkanlıkları ve Mutfak Kültürü.Sempozyum Bildirileri ve Katalog. (1999) Ankara,VEKAM; 129-134.
3. Oktar İ, Şanlıer N. İlköğretim okullarında uygulanan beslenme programları ve öğrencilerin beslenme davranışları ile ilgili öğretmen ve yöneticilerin görüşleri. Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi/ Mesleki Eğitim Dergisi 2003; 2: 1-8.
4. Açık Y, Çelik G, Ozan AT, Oğuzöncül AF, Devenci SE, Gülbayrak C. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Sağlık ve Toplum 2003; 13 (4): 74-80.
5. Tokgöz P, Ertem M, Çelik F, Gökçe Ş, Saka G, Hatunoğlu R. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanmasına ilişkin bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi 1995; 24 (2): 229-238.
6. Noor MI.: The nutrition and health transition in Malaysia. Public Health Nutr. 2000; 5(1A):191-195.
7. Benjelloun S. Nutrition transition in Morocco. Public Health Nutr. 2002; 5(1A): 135-140.
8. Williams GM, Williams CL, Weisburger JH. Diet and cancer prevention: the fiber first diet. Toxicol Sci 1999; 52(2 Suppl): 72-86.
9. Huang BY, Coroni-Huntley JC, Hays JC, Galanos ANB. Impact of Depressive Symptoms on Hospitalization Risk in Community-dwelling Older Persons. J Am Soc Geriatr Dent 2000; 48(10): 1279-88.
10. Romieu I, Hernandez-Avila M, Rivera JA, Ruel MT, Parra S. Dietary studies in countries experiencing a health transition: Mexico and Central

America. Am J Clin Nutr 1997; 65(4 Suppl): 1159-1165.

11. Bull NL. Dietary habits, food consumption and nutrient intake during adolescence. J Adolesc Health 1992; 13: 384-388.

12. Belmaker E, Cohen JD. The advisability of the prudent diet in adolescence. J Adolesc Health Care 1985; 6: 224-232.

13. Jones KV, Lebnan V. A 6 year follow-up of the type A behaviour pattern in medical student. Med Educ 1988; 22: 211-213.

14. Aktaş Y. Üniversite öğrencilerinin uyum düzeylerinin incelenmesi: uzunlamasına bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1997; 13: 107-110.

15. Sağlam F, Yurttagül M. Yükseköğrenime devam eden kız öğrencilerin başarı ve beslenme durumları arasındaki ilişki Beslenme ve Diyet Dergisi 1987; 16: 17-24.

16. Topses G. Sınıf Yönetimi (edit.Küçükahmet,), “Öğrenci Davranışlarını etkileyen Toplumsal ve Psikolojik Etmenler ve Sorunlar”, Nobel Yayın Dağıtım, 2002; 3.baskı, 9-34.

17. Köksal O, Öztürk Y (Ed.). Üniversite Gençliğinin beslenme konusu ve sorunları. Y. III. Halk Sağlığı Günleri, Kayseri 5-7 Mayıs 1993; 10-12.

18. Şimşek G, Köksal S, Şimşek C, Yiğit G. Adolesan - Gençler Demir Eksikliği Bakımından Riskte mi dir? Trakya Ün. Tıp Fak. Der.: 12 (1,2,3) 1995; 51-55.

19. Gülçiçek S, Sabuncuoğlu H, İşsever H, Öztürk Y (Ed.). Üniversite Hazırlık Öğrencilerinin Beslenme Özellikleri. III. Halk Sağlığı Günleri, Kayseri 5-7 Mayıs 1993; 97.

20. Açık Y, Çelik G, Ozan AT, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Gülbayrak C. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Sağlık ve Toplum 2003; 13 (4): 74-80.

21. Sakarya Ö, Ünver B. Ankara üniversitesi mediko-sosyal merkezine başvuran öğrencilerin beslenme durumları. Beslenme ve Diyet Dergisi 1985; 14: 51-62.

22. Yağmur C. Çukurova üniversitesi öğrencilerinin beslenme durumu üzerine bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi 1995; 24 (2): 239-251.
23. Aytekin F, Bulduk S. Üniversite öğrencilerine verilen eğitim modellerinin öğrencilerde davranış değişikliğine etkilerinin incelenmesi. Milli Eğitim Dergisi 2000; 148: 1-5.
24. Akşit S, Egemen A, Kitapçioğlu G, Kusin N, Kurugöl Z, Öztürk M (Ed.). Üniversite Öğrencilerinin Fast- Food ile Beslenme Alışkanlıkları. V. Halk Sağlığı Günleri-Beslenme Sorunları ve Yasal Durum Bildiri Özet, Isparta 8-10 Eylül 1997; 29.
25. Bertan M, Attila S. Yetersiz ve dengesiz Beslenme Sorunları-Toplum Beslenmesi, Halk Sağlığı-Temel Bilgiler. Ankara 1995; 310-314.
26. Bağcı T., Tabuk O. H.Ü Halk Sağlığı Sağlık Yönetimi Programı, Toplum Beslenmesi Semineri, Adölesan Beslenmesi, Ankara, 1999.
27. Cash TF, Horton CE Aesthetic surgery: effects of rhinoplastyon the social perception of patients by others. Plast Reconstr Surg; 1983; 72: 543-550.
28. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study. CMAJ 2001; 165: 547-552.
29. Miller MN, Pumariega AJ Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. Psychiatry, 2001; 64:93-110.
30. Miller MN, Pumariega AJ Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. Psychiatry, 2001; 64:93-110.
31. Önder FO., Kurdoğlu M., Oğuz G., Özben B., Atilla S., Oral SN. Gülveren Lisesi son sınıf öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarının saptanması ve bunun malnütrisyon prevelansı ile olan ilişkisi, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 2000, 21 (1).
32. Küey A. Yeme Bozuklukları İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi STE Adölesan Sağlığı-2 Sempozyum Dizisi No:61 Mart 2008:81-83.
33. Kuruoğlu AÇ, Arıkan Z Yeme bozuklukları. Psikiyatri, Psikoloji,

Psikofarmakoloji Dergisi 1995;3 (Ek 4):7-22.

34. Tolstrup K. Incidence and causality of Anorexia Nervosa seen in a historical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement* 1990; 361: 1-6.

35. Silverman Joseph A. Historical Development Halmi K (ed.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington: American Psychiatry Press, 1992: 3-17.

36. Parry-Jones WL, Parry-Jones B, İmplications of Historical Evidence for the Classification of Eating Disorders. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 287-292.

37. Cinemre B. Yeme Bozuklukları: Epidemiyoloji ve Eşlik Eden Hastalıklar. *Yeme Bozuklukları, Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999 ; 4(2): 137-154.*

38. Kınık E. Ergen Hekimliğinde Yeme Bozuklukları. . *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Ankara 1997:22-30.*

39. Hoek HW. Hoeken DV. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int. J. Eating Disorders* 34: 383-396, 2003.

40. Andersen AE. Eating Disorders in Males. In: *Eating disorders and obesity*. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:31: 177-182.

41. Russell CJ, Keel PK. Homosexuality as a Spesific Risk Factor for Eating Disorders in Men. *Int. J. Eating Disorders* 2002; 31 (3): 300-306.

42. Halmi K.A.: *Eating Disorders*. Kaplan H.I., Sadock B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry volume II sevent'h Edition*. 2000; 1663-1676.

43. Yeşilbursa D. *Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervosa, Bulimiya Nervosa ve Beden İmgesi Değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 1999.*

44. Hoek HW. *The Distribution of Eating Disorders*. *Eating disorders and obesity*. Newyork: The Guilford Press, 1995: 207-211.

45. Beumont P.J.V. *The Clinical Presentation of Anorexia and Bulimia Nervosa*. In: *Eating disorders and obesity*. Newyork: The Guilford Press,

1995; Vol:27:151-158.

46. Öztürk O. Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev veya Yapı Bozuklukları II.. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1994:354-362. 23.

47. Koptagel- İlal G. Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi. Yeme Bozuklukları, İstanbul Üniversitesi Yayın No. 4211, . Baskı AB Ofset Basın Yayın Matbaacılık İstanbul, 2000; 99-109.

48. Andersen A.E., Yağır J.: Eating Disorders. Kaplan H.I., Sadock B.J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry volume I eight'h Edition. 2005; Vol:1: 2002-2021.

49. Cooper P.T. Eating Disorders and Their Relationship to Mood and Anxiety Disorders.In: Eating Disorders and Obesity, Brownell KD, Fairburn CG. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:28: 159-164.

50. Fairburn G.C. Physiology of Anorexia Nervosa. In: Eating disorders and obesity. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:44: 251-254.

51. Goldbloom D.S., Kennedy S.H.: Medical Complications of Anorexia Nervosa. In: Eating disorders and obesity. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:47: 266-269.

52. Miwa H., Nakanishi I., Kudame R, et al. Cerebellar Atrophy in A Patient with Anorexia Nervosa. Int. J. Eating Disorders , 2004, 36(2):238-241.

53. Steinhausen H.C.: The Course and outcome of Anorexia Nervosa . In: Eating disorders and obesity. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:41:234-237.

54. Ünal F., Özusta Ş. Yeme Bozukluklarında Gidiş ve Sonlanım. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Ankara 1997:69-76.

55. Steinhausen H.C. The Outcome of Anorexia Nervosa in 20th Century. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 1284-1293.

56. Norring C.E., Sohlberg SS. Outcome, Recovery, Relapse and Mortality Across Six Years in Patients with Clinical Eating Disorders. Acta Psychiatry

Scand 1993; 87: 437-444.

57. Dahlmann B.H., Müller B., Herpertz S.,(Heussen N.), Hebebrand J., (Remschmidt H.) Prospective 10-Year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa: Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity, and Psychosocial Adaptation. J. Child Psychology Psychiatry 2001; 42(5):603-612.

58. Gürdal A. Anoreksiya Nervosa Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler. Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999; 4(2):243-255.

59. Gürdal A. Yeme Bozuklukları ve Tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9(1):21-27.

60. Yazgan Y., Yazgan Ç. Yeme Bozukluklarında Medikal- Psikiyatrik Değerlendirme: Tedavi Yaklaşımları. Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999; 4(2): 233- 241.

61. Akdemir A. Türkçapar M.H.: Yeme Bozukluklarında Aile Terapisi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1995; 3(ek sayı 4):53-57.

62. Keçeli F. Yeme Bozukluğu Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik Bozukluğu Uzmanlık Tezi İstanbul- 2006 :6-58.

63. İşcan N. Yeme Bozukluklarında İlaç Tedavisi. 3 P Dergisi, 1995 58-62

64. Russell G.: Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa. Psychological Medicine , 1979; 9(3): 429-448.

65. Parry-Jones B., Parry-Jones W. L.: History of Bulimia and Bulimia Nervosa. In: Eating disorders and obesity. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:26: 145-150.

66. Büyükkal M.B. Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri, Uzmanlık Tezi, İstanbul 1999.

67. Kaye W.H., Gwirstman H.E., George D.T., Weiss S.R., Jimerson D.C. Relationship of Mood Alterations to Bingeing Behaviour in Bulimia. British J. of Psychiatry; 1986 149: 479-485.

68. Johnson C., Larson R Bulimia An Analysis of mood and Behavior. Psikosomatik Medicine 1982; 44: 341- 351.

69. Birmingham Cl, Bone S. Pancreatitis Causing Death in Bulimia Nervosa.

Int. J. Eating Disorders 2004; 36 (2): 234-237.

70. İkiz T.T. Yeme Bozukluklarının Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi. Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999; 4(2):261-266.

71. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Press, 1990; 274-276.

72. Sarımurat N. Yeme Bozukluklarında Cinsiyet ve Aile Etkileşim Özellikleri. Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999; 4(2):225-231.

73. Maner F. Yeme Bozukluklarında Kognitif-Davranışçı Kuram. Yeme Bozuklukları, Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999; 4(2): 167-173.

74. Boyacıoğlu G. Yeme Bozukluklarında Bilişsel- Davranışçı Tedaviler, Bilişsel-Davranışçı Tedaviler, Savaşır I., Boyacıoğlu G., Kabakçı E. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1999; 104-125.

75. Hoek HW.: The incidence and prevalence of Anorexia and Bulimia Nervosa in Primary Care. Psychol Med 1991; 21: 455- 460.

76. Moteleone P., Brambilla F., Bortolotti F., et al. Serotonergic Dysfunction Across the Eating Disorders: Relationship to Eating Behaviour, Purging Behaviour, Nutritional Status and General Psychopathology. Psychol. Med., 2000; 30(5): 1099-1110.

77. Jimerson D.C., Lesem M.D., Kaye W.H., Brewerton T.D.: Low Serotonin and Dopamine Metabolite Concentrations in CSF from Bulimic Patients with Frequent Binge Episodes. Arch. Gen Psychiatry, 1992; 49:132-138.

78. Aydın G., Ceylan M.E., Hariri A.G. Yeme Bozukluklarında Biyolojik Farklılıklar. Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999; 4(2): 175-187.

79. Fahy T.A., Russell G.F:M. Outcome and Prognostic Variables in Bulimia Nervosa. Int.J.of Eating Disorders. 1993; 14(2):135-145.

80. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in adolescent

Preventive Services. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 307-16.

81. Lobstein T, Frelut M-I. Prevalence of overweight among children in Europe, *Obes Rev* 2003, 4: 195-200.

82. Maffeis C. Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2000; 159: 35-44.

83. Wabitsch M. Overweight and obesity in European children and adolescents: causes and consequences, treatment and prevention: An introduction. *Eur J Pediatr* 2000; 159: 5-7.

84. Deckelbaum RJ, Williams CL. Childhood obesity: the health issue. *Obes Res* 2001; 9(Suppl 4): 239-43.

85. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Siedel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Eng J Med* 1997; 337: 869-73.

86. Gordon – Larsen P, Mullan K, Ward DS, Popkin BM. Acculturation and overweight-related behaviours among immigrants to the US: The national longitudinal study of adolescent health. *Soc Sci Med* 2003; 57: 2023-34.

87. Shatenstein B, Ghadirian P. Influences on diet, health behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups. *Nutrition* 1998; 223-30.

88. Dişçigil G. Günümüzün Çocukluk ve Adolesan Çağı Epidemisi: Obezite *Türk Aile Hek Derg* 2007; 11(2): 92-96.

89. Kirchengast S, Schober E. Obesity among female adolescents in Vienna, Austria-the impact of childhood weight status and ethnicity. *BJOG* 2006; 113:1188-94.

90. Bultman S, Michaud E, Woychik R. Molecular characterization of the mouse agouti locus. *Cell* 1992; 71:1195-204.

91. Naggert J, Fricker L, Varlamov O. Hyperproinsulinemia in obese fat/ fat mice associated with carboxypeptidase E mutation with reduced enzyme activity. *Nat Genet* 1995; 10: 135-42.

92. Zhang Y, Proenca R, Maffei M. Positional cloning of the mouse obese

- gene and its human homologue. *Nature* 1994; 372: 425-32.
93. Diamanti-Kandarakis E, Bergiele A. The influence of obesity on hyperandrogenism and infertility in the female. *Obes Rev* 2001; 2: 231-8.
94. Michelmores KF. Polycystic ovary syndrome in adolescence and early adulthood. *Hum Fertil* 2000; 3: 96-100.
95. Power C, Lake J, Cole T. Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *Inter J of Obesity* 1997; 21: 507-26.
96. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T ve ark. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ* 1999; 319: 147-50.
97. Moran R. Evaluation and treatment of childhood obesity. *Am Fam Physician*. 1999; 59: 861-78.
98. Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., and Garfinkel, P.E. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 1982; 12, 871-878.
99. Savaşır I, Erol N. (1989) Yeme Tutumu Testi : Anoreksiya Nervosa Belirtileri İndeksi, *Psikoloji Dergisi*, 7; 23: 19-25.
100. Z. Alper, H.Özdemir Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesini Tercih Eden Öğrencilerin Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri ve Mesleğe Bakış Açılırları Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30 (2) 93-96.
101. Salgini Durdurmak, Yönetimler ve Tütün Kontrolünün Ekonomisi. Dünya Bankası Yayını, 2000.
102. İlhan F., Aksakal N., İlhan M., Aygün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin sigara içme durumu TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4.
103. Tot Ş., Yazıcı K., Ertekin A., Erdem P., Bal N., Metin Ö., Çamdeviren H. Mersin Üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve ilişkili özellikler *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:227-231.
104. Gültekin B., İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sosyal aktivitelere katılımı ve sağlıkla ilgili davranışları Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa 2000.
105. Kutluay Merdol T. "Sigara ve Beslenme Etkileşimi",

- <http://www.un.org.tr/who/nutrition/sigarabeslenme.html>, 24-12- 2005
106. World Health Organization. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Country profiles: Turkey. Geneva: World Health Organization; 2004.
107. Spear BA. Adolescent growth and development. J Am Diet Assoc 2002; 23-29.
108. Dirican R, Bilgel N. Gençlerin Sağlık Sorunları (Bölüm XIX), Halk Sağlığı-Toplum Hekimliği. 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Bursa 1993; 419-421.
109. Akşit S, Egemen A, Kitapçioğlu G, Kusin N, Kurugöz, Öztürk M (Ed.). Üniversite Öğrencilerinin Fast-Food ile Beslenme Alışkanlıkları. V. Halk Sağlığı Günleri-Beslenme Sorunları ve Yasal Durum Bildiri Özet, Isparta 8-10 Eylül 1997; 29.
110. Güleç M., Yabancı N., Göçgeldi E., Bakır B. Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50: 102-109.
111. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
112. Evans JW, Cyr-Campbell D. Nutrition, exercise and healthy aging. J Am Diet Assoc 1997; 97: 632-638.
113. Alfredson H, Nordström P, Lorentzon R. Total and regional bone mass in female soccer players. Calcif Tissue Int 1996; 59: 438-442.
114. Perusse L, Bouchard C. Role of genetic factors in childhood obesity and in susceptibility to dietary variations. Ann Med 1999; 31 Suppl 1: 19-25.
115. Wadden TA, Stunkard AJ. Social and psychological consequences of obesity. Ann. Intern Med. 1995; 103: 1062-1067.
116. Stevens J, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The effect of age on the association between body-mass index and mortality N Engl J Med 1998; 338: 1-7.
117. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW Jr. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults N Engl J

Med 1999;341:1097-105.

118. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). Endokrinde Yönelisler Dergisi 2002;11:1-15.

119. Gunnell DJ, Frankel SJ, Nanchahal K, Peters TJ, Davey Smith G. Childhood obesity and adult cardiovascular mortality: a 57-y follow-up study. AmJ Clin Nutr 1998;67:1111-8.

120. Dietz WH. Childhood weight affects adult morbidity and mortality. J Nutr 1998;128:411-414.

121. Orak S., Akgün S. Orhan H. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının araştırılması S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2006;13(2)/5-11.

122. Alper Z, Özdemir H , Uncu Y., Özçakır A.,Sadıkoğlu G., Bayram N. Getting Better or Worse? General Health Status of 9 th Grade students in Orhangazi,Bursa Turkey TheScientificWorldJournal 2008; 8: 313-330.

123. Ersoy R., Çakır B. obezite olgu sunumu Turkish Medical Journal 2007; 1:107-116.

124. Janout V, Janoutova G. Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. Biomed Papers, 2004; 148(2): 189-193.

125. Olesti Baiges M, Piñol Moreso JL, Martín Vergara N, de la Fuente García M, Riera Solé A, Bofarull Bosch JM, Ricomá de Castellarnau G. Prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders in adolescent girls in Reus (Spain) An Pediatr (Barc). 2008 Jan; 68(1):18-23.

126. Garner DM, Garfinkel PE The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med, 1979; 9:273-279.

127. Altuğ A, Elal G, Slade P, Tekcan A. The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables Eat Weight Disord. 2000 Sep;5(3):152-60.

128. Erol A., Toprak G., Yazıcı F., Erol S. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması Klinik Psikiyatri 2000;3:147-152.

EKLER

EK-1

Yeme Tutum Testi (EAT-40)

a: Daima d: Bazen b: Çok sık e: Nadiren c: Sık sık f: Hiçbir zaman
(Lütfen her soru için sizin için en uygun olan yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)

a b c d e f

1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.
6. Aklım fikrim yemektir.
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.
12. Ailem fazla yememi bekler.
13. Yemek yedikten sonra kusarım.
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.
17. Günde birkaç kere tartılırım.
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.
19. Et yemekten hoşlanırım.
20. Sabahları erken uyanırım.
21. Günlerce aynı yemeği yerim.
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.
23. Adetlerim düzenlidir.
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.
26. Yemeklerimi yemek başkalarınıninkinden daha uzun sürer.
27. Lokantada yemek yemeyi severim.
28. Müshil kullanırım.
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.
35. Kabızlıktan yakınırım.
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.
37. Perhiz yaparım.
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.

EK- 2

**U.Ü. Öğrencileri Beslenme Alışkanlıkları Araştırması
Sosyodemografik Veriler Anket formu**

Kilo :.....

Boy :.....

Yaş :.....

Doğum Yeri :.....

Cinsiyet : kız () erkek ()

Sigara Günde :

Kullanmam () 1-5 adet () 6-10 adet () 11- 20 adet () 1 paketten çok ()

Alkol :

Kullanmam () ayda 1-2 kez () haftada 1-2 kez () her gün ()

Egzersiz :

Hiç yapmıyorum () Düzenli haftada 3 kez 30 dk.() Ayda 3 -4 kez ()

Bilgisayar ve TV karşısında geçirilen süre :

Hiç () 1 – 2 saat () 3 -4 saat () () 5 saat ve üstü

Anne ve baba kilo durumu :

Anne Kilolu () Baba kilolu () Anne ve Baba kilolu () Anne ve Baba normal ()

Düzenli ilaç kullanmak zorunda olduğunuz bir hastalık var mı ?

Hayır () Evet ()

Düzenli ilaç kullanmak zorunda olduğunuz bir ilaç var mı ?

Hayır () Evet ()

Ailenizin aylık toplam geliri

0 - 500TL () 500 - 1000 TL () 1000 - 1500 TL () 500 TL ve üzeri ()

Sizin aylık geliriniz

100 – 300 TL () 300 - 500 TL () 500 - 800 TL () 800 - 1500 TL ()

Yemek tercihiniz

Fast food (tost, hamburger , pizza vs) () Öğrenci yemekhanesi ()

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği Uzmanlığını sayelerinde tercih ettiğim ve eğitimimiz boyunca hep yanımızda olan, çok yönlülüğü ile bizi hekimliğin başka boyutlarıyla tanıştıran Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Nazan Bilgel'e saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin oluşum sürecinde beni özgür bırakarak, eğitim sürecimde bana her noktada güvenerek en büyük motivasyonu veren ve destekleyen tez danışmanım Sayın Yrd.Doç. Dr. Alis Özçakır'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime ve hekimlik niteliklerimin gelişimine büyük katkıları olan UÜTF Aile Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyeleri; vizyonu ile örnek aldığım çok şey kazandığım Sayın Yrd.Doç. Dr. Ganime Sadıkoğlu'na, eğitimde titizliği ile bize örnek olan Sayın Doç. Dr. Yeşim Uncu'ya, ince zekasına hayranlık duyduğum ve örnek aldığım Sayın Yrd.Doç. Dr. Züleyha Alper'e ve esprili ve farklı bakış açıları ile bizi zenginleştiren Sayın Yrd.Doç. Dr. Hakan Özdemir'e teşekkürlerimi sunarım.

UÜTF Aile Hekimliği Anabilim dalı personeli Sayın Nilüfer Hündür Kıvcı'ya ve Sayın Şehzade Sezer'e samimi ilgileri ve destekleri için teşekkür ederim

Uzmanlık eğitimi rotasyonlarında bize destek olan Üniversite hocalarımıza, doktor, hemşire ve tüm personel arkadaşlarıma ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Anne ve Babama, Sevgili Eşim Berna Işık'a Ablam Filiz Bazan'a, değerli dostum Uğur Bazan 'a, oğlum Ali Eren Işık'a hep yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Dr. Beyhan IŞIK

ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında Gaziantep'te doğdum. İlk orta ve lise eğitimimi Gaziantep'te tamamladım.1998 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldum. Hemen sonrasında Uludağ Üniversitesi Mediko Sosyal Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Merkezi'nde pratisyen hekim olarak 4 yıl görev yaptım . 2004 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında uzmanlık eğitimime başladım.