T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUMLARI, RUHSAL DURUMLARI VE İŞTAHLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Fatma ELİBOL

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUMLARI, RUHSAL DURUMLARI VE İŞTAHLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Fatma ELİBOL

Tez No :

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr Öğr. Üyesi Sedef Duran danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Fatma Elibol tarafından tez başlığı "Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Ruhsal Durumları ve İştahları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi " olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 24.06.19 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Doç. Dr. Aydan Ercan
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN
JÜRİ ÜYESİ (Danışman)

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem BOZKIR
JÜRİ ÜYESİ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın planlanmasında ve oluşturulmasında bilimsel katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN'a, yardımlarını esirmeyen ve çalışmama destek veren ablam Uzm. Dyt. Emine ELİBOL'a, çalışma sürecinde yanımda olan iş arkadaşlarıma, yaşamımın her alanında beni yalnız bırakmayan ve her zaman yanımda olan babama, anneme ve aileme içtenlikle teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

ADÖLESAN DÖNEMİ TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE BESLENME 3

YEME BOZUKLUKLARI 7

ERGENLİK VE RUH SAĞLIĞI 14

GEREÇ VE YÖNTEMLER 19

BULGULAR 22

TARTIŞMA 50

SONUÇLAR 59

ÖZET 63

SUMMARY 65

KAYNAKLAR 67

ŞEKİLLER LİSTESİ..... 75

ÖZGEÇMİŞ..... 78

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AN : Anoreksiya Nervoza

AKB : Ayrılma Kaygı Bozukluğu

BKİ : Beden Kütle İndeksi

BN : Bulimiya Nervoza

DSM : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

MDB : Majör Depresif Bozukluk

OKB : Obsesif Kompülsif Bozukluk

PB **:** Panik Bozukluk

RCADS : Revize Edilmiş Çocuklarda Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği

SF **:** Sosyal Fobi

TYB **:** Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

YAB **:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

GİRİŞ VE AMAÇ

Ergenlik bir geçiş dönemi olmakla birlikte çocukluk ve yetişkinlik arasındaki bir süreç olarak tanımlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre 10-19 yaş arası bireyler adölesan dönemi oluşturmakta ve bu dönemde bireyler cinsel, fiziksel, psikolojik, ve sosyal gelişim göstermektedirler (1).

Büyüme, hayatın devamının sağlanması ve sağlığın korunabilmesi için besinsel maddelerin kullanılması beslenme olarak tanımlanmaktadır. Ergenlik döneminde sağlıklı beslenmenin sağlanabilmesi bireylerin büyüme ve gelişmelerini olumlu yönde etkileyerek yaşamlarını sürdürmelerine katkıda bulunmaktadır (2).

Adölesan dönem bireylerin yeme alışkanlıklarının şekillendiği bir dönemdir. Kötü beslenme alışkanlıkları ve yeme bozukluklarının temeli bu dönemde atılmaktadır. Yeme bozuklukları bireyin besin tüketimde, vücut ağırlığında ve beden algısındaki düşüncelerindeki değişimle karakterize psikiyatrik rahatsızlıklardan bir tanesi olarak tanımlanmaktadır (3). Kadınlarda erkeklere göre görülme oranı daha fazla olmakta ve insidansı ve prevelansı her geçen gün artmaktadır. Yeme bozuklukları bireylerin gelişimleri üzerine olumsuz etki yapmakta birçok komplikasyona neden olabilmektedir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) kriterlerine göre incelendiğinde anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu başta olmak üzere birçok farklı yeme bozukluğu bulunmaktadır. Yeme bozukluklarında tedavi planlanırken multidisipliner bir ekip oluşturulmalı ve bireyin sağlıklı ve üretken olarak yaşamını sürdürebilmesi için uygun tedavi planlanmalıdır (4). Dünya sağlık örgütüne göre sağlık; bireylerde sadece sakatlık ya da herhangi bir hastalığın olmaması değil fiziksel, sosyal ve ruhsal tam bir iyilik hali içinde

yaşamını sürdürmesi olarak tanımlanmaktadır (5). Depresyon üzüntülü bir ruh hali içerisinde düşünmede, konuşmada, hareketlerde durgunluk, yavaşlama, isteksizlik, karamsarlık gibi durumlarla ortaya çıkan bir sendrom olarak gözlenmektedir. Lise öğrencilerinde en fazla görülen ruhsal sorunlar anksiyete ve depresyon olabilmektedir(6). Depresyon oluşumunda genetiksel, çevresel, ailesel etmenler etkili olmaktadır. Ergenlik döneminde ortaya çıkan ruhsal sorunların erken teşhis ve tedavisi bireylerin gelişimine katkı sağlamakta ve yetişkinlik dönemi oluşabilecek ruhsal kökenli rahatsızlıkların önüne geçebilmektedir (7).

Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları birçok faktörden etkilenmekte olup depresyonun varlığı öğrencilerin iştahlarını ve besin tüketimlerini olumsuz yönde etkileyebilen bir faktör olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu çalışma lise öğrencilerinin yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Lise öğrencilerinde yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişkinin belirlenmesi gençlerin beslenme davranışlarının düzeltilmesi ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanılması açısından önemli olabilmektedir.

GENEL BİLGİLER

ADÖLESAN DÖNEMİ TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE BESLENME

Adölesan sözcüğü Latince ‘adolence’ kelimesinden türemekte olup büyümek-kıllanmak anlamına gelmektedir. Aynı zamanda adölesan dönem fiziksel ve duygusal durumların neden olduğu cinsel, psikososyal, fiziksel ve ruhsal olgunlaşma ile birlikte başlayan gencin bağımsızlığını ve üretkenliğini ortaya çıkardığı kronolojik bir dönem olarak da tanımlanmakta sonuç olarak birey çocukluktan yetişkinlik dönemine geçiş yapmaktadır (8,9).

Ergenlik dönemi özellikleri ve yaş sınıflandırması bireylere, toplumlara, dönemlere göre değişebilmektedir. Gelişim psikolojisi açısından değerlendirildiğinde ergenlik; erken, orta ve geç ergenlik olmak üzere üç sınıfa ayrılmaktadır. Erken ergenlik dönemi sekonder seks karakterlerinin ortaya çıktığı bir dönemdir ve 11-14 yaşları arasını kapsamaktadır. Birey puberteyle ortaya çıkan biyolojik değişimlerle baş etme çabası içerisindendir. Orta ergenlik döneminde bireylerin karakteri ve kişiliği oluşmaktadır. Bu dönem 15-17 yaşları arasında olup bireylerin bağımsızlıklarını kazandığı dönemdir. Geç ergenlik dönemi ise 18-21 yaşları arasındadır ve bu dönemde bireyin büyüme ve cinsel gelişimi yavaş yavaş sonar erer, kaygıları arık azalmaya başlar ve ergenlik dönemi biter (8,10).

Adölesan (Ergenlik) Dönemi Beslenme

Beslenme bireyin büyümesi sağlıklı ve üretken bir şekilde yaşamını devam ettirebilmesi için gerekli olan besin öğelerinin, besinlerle vücuda alınıp sindirilmesi, emilmesi ve metabolize edilmesini içeren karmaşık bir süreçtir (11,12).

Yeterli ve dengeli beslenme vücudun büyümesi dokuların yenilenmesi ve çalışması için yeterli miktarda tüm besin öğelerinden alınması ve sistemde uygun şekilde kullanılmasıdır (13). Adölesan dönemde ise yeterli ve dengeli beslenme büyüme gelişmenin normal olarak sağlanması, yetişkinlik dönemi sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması, hastalıklardan korunmak için oldukça önemlidir (14).

Adölesan dönem ömür boyu sürecek olan beslenme alışkanlıklarının ve besin tercihlerinin oluştuğu son evredir. Çocukluk ve bebeklik döneminde fizyolojik olarak sağlanan beslenme davranışı bu dönemde öğrenilen, kontrol edebilen bir davranışa dönüşür (16). Özellikle öğrencinin dışarıda fazla zaman geçirmesi, besin tercihlerini kendisinin belirlemesi ve psikolojik durumlarının değişmesiyle sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve beslenme bozuklukları daha sık görülür (16). Bireyin beslenme alışkanlıkları anne ve babanın tutumu, okul çevresi, arkadaşları, psikolojik durumları ve medyadan etkilenerek şekillenir (17).

Adölesanların Enerji ve Besin Öğesi Gereksinimleri

Adölesan dönemde büyüme ve gelişmenin hızlanmasına bağlı olarak enerji ve besin öğesi gereksinimi artmaktadır (13). Bu bireylerde enerji ihtiyacındaki artış ilk olarak iştah düzeylerinin artmasıyla kendini göstermektedir (18).

Bu dönemde özellikle kemik ve kas kütlesindeki artışla beraber bireylerin kalsiyum, protein, vitamin ve mineral gereksinimleri artar (19). Büyüme atağı ve fiziksel aktivitenin artması enerji ihtiyacını artırmakta buna ek olarak besin öğelerinin yetersiz tüketimi büyüme-gelişmenin yavaşlamasına sebep olabilmektedir (20).

Enerji ve besin öğesi gereksinimi hesaplanırken yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri göz önüne alınmalı basit karbonhidratlar yerine kompleks, doymuş yağlar yerine doymamış yağlar eklenmeli ve protein seviyesi bireyin ihtiyacı doğrultusunda hesaplanmalıdır (20). Erkeklerde ve kızlarda bazı mikro besin öğeleri ve proteinlerin ortalama gereksinim miktarları Tablo 1 ve tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Erkeklerde bazı mikro besin öğeleri ve proteinlerin ortalama gereksinim miktarları (21)

	ERKEKLER							
Yaş	11 y	12 y	13 y	14 y	15 y	16 y	17 y	18 y
Protein (g/kg/gün)	0,75	0,74	0,73	0,72	0,72	0,71	0,70	0,66
B_1 vitamini (mg/gün	0,7	0,7	0,7	1	1	1	1	1
A vitamini (mcg/gün)	480	480	480	480	580	580	580	570
B_6 vitamini (mg/gün)	0,8	0,8	0,8	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
B_2 vitamini (mg/gün)	0,8	0,8	0,8	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
D vitamini (mcg/gün)	10	10	10	10	10	10	10	10
C vitamini (mg/gün)	60	60	60	60	85	85	85	90
Demir (mg/gün)	8	8	8	8	8	8	8	6
Kalsiyum (mg/gün)	960	960	960	960	960	960	960	860
Folat (mcg/gün)	210	210	210	210	250	250	250	250

Tablo 2. Kızlarda bazı mikro besin öğeleri ve proteinlerin ortalama gereksinim miktarları (21)

	Kızlar							
Yaş	11 y	12 y	13 y	14 y	15 y	16 y	17 y	18 y
Protein (g/kg/gün)	0,73	0,72	0,71	0,70	0,69	0,68	0,67	0,66
B_1 vitamini (mg/gün)	0,7	0,7	0,7	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
A vitamini (mcg/gün)	480	480	480	480	490	490	490	490
B_6 vitamini (mg/gün)	0,8	0,8	0,8	1	1	1	1	1
B_2 vitamini (mg/gün)	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
D vitamini (mcg/gün)	10	10	10	10	10	10	10	10
C vitamini (mg/gün)	60	60	60	60	75	75	75	80
Demir (mg/gün)	8	7	7	7	7	7	7	6-7[4]
Kalsiyum (mg/gün)	960	960	960	960	960	960	960	860
Folat (mcg/gün)	210	210	210	210	250	250	250	250

1. Enerji gereksinimleri: Enerji gereksinimi adölesan bireylerin bazal metabolizma hızları, büyümeleri için gereken enerji ve fiziksel aktiviteleri için harcanan enerjinin toplamı kadar olmaktadır (2). Adölesanlarda gereksinim duyulan enerji; yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, vücut ağırlığı gibi faktörlere bağımlı olarak bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Ayrıca ergenlerde büyüme atağı gereksinim duyulan enerji ihtiyacını artırmaktadır (19,22).

DSÖ'ne göre alınması gereken toplam enerjisinin %55-60'ı karbonhidratlardan, %15-20'si yüksek kalite proteinlerden, % 25-30'u yağlardan gelecek şekilde hesaplanma yapılmalıdır (23).

2. Karbonhidrat gereksinimleri: Karbonhidratlar vücut için önemli bir makro besin öğesidir. Adölesan dönemde toplam enerjinin %55-60'ı yani alınması gereken enerjinin yarıdan fazlası karbonhidratlardan karşılanmalıdır. Alınan karbonhidratların basit değil kompleks olmasına dikkat edilmesi gerekir. Sükroz ve fruktoz gibi monosakkaritlerden gelen enerji alımının mümkün olduğu kadar azaltılması gerekmektedir (24,25). Diyetteki toplam posa miktarı adölesan dönemde 15-25 g/gün olmalıdır (26).

3. Yağ gereksinimleri: Sağlıklı bir beslenmenin sağlanabilmesi için diyetteki enerjinin %25-30'unun yağlardan gelmesi gerekmektedir (24). Diyetteki enerjinin tekli doymamış yağlardan gelen oranı %10-15, çoklu doymamış yağ asitlerinden gelen oranı %10 olacak şekilde ayarlanmalı doymuş yağ oranı %10'u aşmamalıdır (23).

Yüksek yağ tüketimi enerji alımında artışa neden olarak obezite, diyabet, kroner kalp hastalığı gibi kronik hastalıklar için risk oluşturabilmektedir. Aynı zamanda yetersiz yağ alımı, yağda eriyen vitaminlerin emilimini olumsuz etkilemekte ve buna bağlı birçok hastalığın oluşmasında rol oynamaktadır (19,25).

4. Protein gereksinimleri: Diyetteki toplam enerjinin %15-20'si proteinlerden sağlanmalıdır. Alınan bu protein miktarının %50'si hayvansal kaynaklı olmalıdır. Protein hücre yenilenmesi ve onarımında, kas gelişmesinde ve büyümede en fazla kullanılan besin öğelerinden biridir (24). Büyüme atağıyla birlikte adölesanların protein ihtiyacı artar (22). Proteinler termik etkileri, tokluk hissini artırmaları, kas ve doku gelişimini sağlamaları nedeniyle yeterli tüketimi sağlanması gereken makro besin öğelerinden biridir (19). Yetersiz alımına bağlı olarak bireyin büyüme ve gelişmesi yavaşlar, enfeksiyon ve hastalıklara karşı direnci azalır (2,20).

Ergenlerde protein yetersizliğinin başlıca nedenlerini ise vücut ağırlığında azalma sağlamak amacıyla yanlış beslenme uygulamaları, yeme davranış bozuklukları, psikolojik ve

sosyo-ekonomik sorunlar oluşturmaktadır (26).

5. Vitamin-mineral gereksinimleri: Vitaminler önceden bilinen diğer besin öğelerinden farklı yapıda sağlıklı büyüme, gelişme ve hayatın devamı için gerekli olan, organik öğeler olarak tanımlanabilmektedir. Vitaminler suda eriyen (B grubu vitaminler ve C vitamini) ve yağda eriyen vitaminler (A, D, E, K) olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır (27,28).

Bireyden bireye gereksinim duyulan vitamin değerleri farklılık göstermekle birlikte tüm besin gruplarını içeren dengeli bir diyet yeterli miktarda vitamin alımını sağlamaktadır (23,28).

Mineraller ise vücut için elzem olan ve vücudumuzun % 4-5'ini oluşturan mikro besin öğelerindendir. Adölesan dönemde hızlı büyümeye bağlı olarak mineral gereksinimi artmaktadır. Özellikle bu dönemde demir, kalsiyum, çinko, iyot gibi minerallerin gereksinimi yükselmektedir (29).

Adölesan (Ergenlik) Dönemi Beslenme Sorunları

Ergenlerde sağlıklı beslenme; büyüme ve gelişmeyi olumlu yönde etkilemesi nedeniyle oldukça önemlidir. Bu dönemde sağlıksız beslenme ve kötü beslenme alışkanlıkları hastalık riskini artırarak yaşam kalitesini düşürmektedir (30). Ayrıca yetersiz beslenmeye bağlı öğrencilerde dikkat dağınıklığı, öğrenmede güçlük, algılama zorluğu gibi bilişsel faaliyetlerde değişiklik gözlenebilmektedir (22). Adölesan dönemde en sık görülen beslenme sorunları obezite, diş çürükleri, yeme bozuklukları, malnütrisyon, demir eksikliği anemisi ve iyot yetersizliğidir (21).

YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozukluğu; yeme davranışlarıyla ilişkili, bireyin fizyolojik ve fiziksel fonksiyonları üzerine etkili olan, vücuda alınan besinlerin emilim ve tüketimlerinde değişikliklerle karakterize psikiyatrik bir rahatsızlıktır (31). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülme oranları hızla artmakta olan yeme bozuklukları; fizyolojik, davranışsal ve psikolojik tanı parametreleriyle belirlenmektedir (31,32).

Yeme bozukluklarında var olan temel özellik; bireyin kendisini çok şişman olarak hissetmesi, vücut ağırlığı artışından ve şişmanlamaktan aşırı derecede endişe duyması, kontrol

edilemeyen duygusal karmaşalar ve bu duruma aşırı yemek yemenin eşlik etmesi, zayıflamak için aşırı bir istek duymasıyla ilişkili beden algısının bozulmasıdır (33).

Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi

Yeme bozukluklarının insidansı ve prevelansı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de her geçen gün artmakta ve bu nedenle mortalite ve morbitite oranları hızla yükselmektedir (34,35).

Yeme bozukluğu genellikle beyaz ırkta, gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda daha yaygın görülmektedir. Batı toplumlarında yeme bozukluklarının görülme sıklığı; bulimiya nervozanın %2-4, anoreksiya nervozanın yaklaşık %1, tıkanırcasına yeme bozukluğunun ise %3-4 arasında olduğu belirlenmiştir (36). Yeme bozukluğu tanısı alanların %90'dan fazlasını 25 yaş altı bireyler oluşturmakta ve kadınlarda görülme oranı erkekler göre 5-10 kat daha fazla olmaktadır (37,38).

Yeme Bozuklukları Risk Faktörleri

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte psikososyal, gelişimsel, biyolojik ve genetiksel faktörlerin yeme bozukluğu oluşumu üzerine etkili olduğu belirlenmiştir (34,39). Yeme bozukluklarında risk faktörleri tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3.Yeme bozukluklarında risk faktörleri (40)

Bireysel risk faktörleri	Ailesel risk faktörleri	Sosyokültürel risk faktörleri
Vücut ağırlığı artışı	Şişmanlık	Alaya alınma
Erken menstruasyon	Ailede yeme bozukluğu varlığı	Toplumsal baskı
Ağırlık endişesi	Ailesel sorunlar	Medya baskısı
Mükemmeliyetçilik	Cinsel istismar	Fiziksel görünümün önemi
Diyetsel enerji kısıtlaması	Kayıp	Zayıf olma takıntısı
Beden memnuniyetsizliği	Bireyleri dışlama	Arkadaşlar arasındaki kilo endişeleri
Tepkisizlik	Fazla koruyucu davranma	Cinsiyet rolü
Davranışlar	Kaygı	

Yeme Bozuklukları Sınıflandırılması

Yeme bozuklukları, beslenme davranışı ile ilgili olan tüm bozuklukları aynı çatı altında birleştiren bir tanımlamadır (3,41).Yeme bozuklukları ilk kez DSM II'de 'Beslenme

Bozuklukları' olarak 'Başka Yerde Sınıflandırılmayan Özel Belirtiler' başlığı içerisinde yer almıştır. DSM III' ün 1980 yılında geliştirilmesi ile birlikte 'çocukluk ve adölesan dönemde ortaya çıkan bozukluklar' başlığı içerisinde yer almıştır. 1994 yılında DSM IV'te yeme bozuklukları ayrı bir başlık içerisinde tanımlanmış ve sınıflandırılması yapılmıştır. En son 2015 yılında DSM-V kriterleri yayınlanmıştır (42). DSM- IV ve DSM-V'e göre yeme bozukluklarının sınıflaması tablo 4'te verilmiştir (43,44).

Tablo 4. DSM- IV ve DSM-V'e göre yeme bozukluklarının sınıflaması

Yeme Bozuklukları Sınıflandırması	
DSM-IV	**DSM-V**
1.Anoreksiya Nervoza (AN) 2.Bulimiya Nervoza (BN) 3.Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozukluğu	1.Pika 2.Anoreksiya Nervoza 3.Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu 4.Kaçıngan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu 5.Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) 6.Bulimiya Nervoza 7.Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu 8.Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

1. Anoreksiya nervoza: Anoreksiya nevroza (AN) genellikle kızlarda daha fazla görülen aşırı fiziksel aktivite, besin alımını reddetme, düşük vücut ağırlığı, laksatiflerin kullanımı ve kendini kusturma gibi durumlarla karakterize olan bir rahatsızlıktır (45,46).

DSM-V'e göre anoreksiya nervoza tanı kriterleri;

1. Bireyler olmaları gerekenden daha düşük kiloya sahip olmalarına rağmen gereksinim duydukları enerji alımında kısıtlamaya giderler.
2. Bireyler şişmanlıktan ve vücut ağırlığında artıştan aşırı seviyede korku ve endişe duyarlar. Ayrıca bu bireyler düşük vücut ağırlığında olmalarına karşın vücut ağırlığı artışını engelleyen davranışlarda bulunurlar.
3. Bireylerin kendi vücut biçimlerini ve vücut ağırlıklarını algılamalarıyla ilgili ciddi bozukluk görülür. Birey düşük vücut ağırlığında olduğunu fark edemez (44,47).

Anoreksiya nervoza yeme bozuklukları içerisinde ilk tanımlanan ve en fazla görülen rahatsızlıktır. Özellikle son 20-30 yıl içerisinde görülme sıklığı artmıştır. AN adölesan dönemde başlamakla birlikte çocuk ve yetişkin dönemlerinde de ortaya çıkabilmektedir. Anoreksiya nervozada 14-18 yaş grubu başlama yaşı için en çok risk oluşturan yaş aralığıdır.

Hastaların %90'ı 25 yaşının altında bulunmaktadır (48). Kadınlarda görülme oranı erkeklere oranla 10-20 kat daha fazladır (42). Anoreksiya nervoza metabolik olarak komplikasyonlarının önemli sağlık riski oluşturması ve kronik olması sebebiyle psikiyatrik hastalıklar içerisinde %5 -20 ile en fazla mortaliteye sahip olan rahatsızlıktır (49,50).

a. Klinik bulgular: Bireyler karbonhidrat başta olmak üzere yağ ve enerji veren tüm besin maddelerini kısıtlamanın yanı sıra enerji harcamasını artırmak için aşırı fiziksel aktivite yapma eğilimindedir (51). Hasta oldukça zayıf olmasına rağmen beden algısı bozulduğu için vücut ağırlığı artışını reddetmekte ve kendini aşırı şişman hissetmektedir. En ufak vücut ağırlığı artısından rahatsızlık duyar ve bu bireyde aşırı sorun yaratabilir. Vücut ağırlığında azalma ise bu bireyleri mutlu eder. Vücut ağırlığında azalmayı sağlamak için yiyecek alımını kısıtlama, sürekli egzersiz yapma, kendini kusturma, laksatif kullanma gibi farklı yolar denemektedirler (47). Bireylerde depresyon, obsesyon, duygu-durum değişiklikleri, anksiyete ve sosyal fobi en fazla görülen psikiyatrik belirtilerdendir (42,47). Anoreksiya nervozalı bireylerin klinik belirti ve bulguları Tablo 5'te verilmiştir (52,53).

Tablo 5. Anoreksiya nervozalı bireylerin klinik belirti ve bulguları (52,53).

Anoreksiya nervozalı bireylerin klinik belirti ve bulguları	
Vücut ağırlığında aşırı kayıp	Letarji
Halsizlik	Erken doyma
Amonere	Çarpıntı
Aşırı fiziksel aktivite	Depresyon
Laksatif ve diüretik kullanımı	Sosyal fobi
Ödem	Anksiyete
Konstipasyon	İnfertilite
Nefes darlığı	Uyku bozuklukları
Düşük kalp atım sayısı	Gastrointestinal rahatsızlıkların varlığı
Güçsüzlük	Özkıyım düşüncesi
Saç dökülmesi	Duygudurum değişiklikleri
Beden algısı bozukluğu	Nöbet

b. Tedavi: Anoreksiya nervoza tedavisi multidisipliner bir ekip çalışması gerektirmektedir. Tedavi planlanırken ekipte, doktor, psikolog, diyetisyen, gastroenterolog ve psikiyatrist bulunmalıdır (42). Anoreksiya nervozada hastalığın seyrine ve şiddetine göre hastalar servislerde yatarak ya da ayakta tedavi edilebilir (33). Hastalara psikoterapik tedavi, farmakolojik tedavi ve tıbbı beslenme tedavisi uygulanmaktadır (34).

Hastalara farmakolojik tedavide antipsikotik ilaçlar, destekleyici bazı ajanlar ve

antidepresanlar verilmektedir. Psikoterapide hastanın besinlere bakış açısı değiştirilmekte, hastalığın ilgili altta yatan sorunlar çözümlenmektedir. Gerekli görüldüğü durumlarda bireysel ve ailesel terapiler yapılmaktadır (31,34).

Anoreksiya nervozada hastalar genellikle 1000 kalorinin altında enerji tüketmektedirler. Reefeding sendromunu engellemek için birden yüksek kalorili diyet vermekten kaçınılmalı, yavaş yavaş kalori alımı artırılmalı gerekli görüldüğü durumlarda nazogastrik ve damar yoluyla beslenme yöntemine başvurulmalıdır (27,31).

Beslenme tedavisinde diyetin enerjisi 30-40 kal/kg/gün (1000-1600 kkal/gün) olarak planlanır. Daha sonra hastanın tolerasyonuna göre 2-4 günde bir 300-400 kkal artış yapılmalıdır. Bu bireylerde ulaşılmak isteten hedef 70-100 kkal/kg/gün ve büyüme gelişme dönemindeki çocuklar için 40-60 kkal/kg/gün'dür (31).

2. Bulimiya nevroza: Bulimiya nervoza (BN), bireylerde aşırı ve tekrarlayan yeme ataklarının ardından vücut ağırlığı artışı korkusuyla kusma, laksatif ve diüretik kullanmayla karakterize olan psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Hastalarda sürekli yeme atakları ve yediklerinden kurtulma düşüncesi bir kısır döngü içerisinde kendini tekrarlamaktadır (54,55).

Bulimiya Nervozanın DSM-V' e göre tanı kriterleri

1. Bireylerde tekrarlayan tıkanırcasına yeme ataklarının varlığı tıkanırcasına yemek yeme iki faktörün varlığı ile belirlenir. Bunlar;
    a. Bireyler farklı zamanlarda normalden yediği yemeklerden daha fazla yemek yiyebilmektedir.
    b. Bireyler aşırı miktarda yemek yeme periyotları sırasında kontrolünü kaybedebilmektedir
2. Kilo artışını engellemek amacıyla laksatif, diüretik kullanımı, kendini kusturma ya da aşırı fiziksel aktivite gibi sağlıklı olmayan davranışlarda bulunma
3. Bireylerde tıkanırcasına yeme ve daha sonrasında çıkarma davranışının 3 aylık periyotta en az haftada 1 sıklıkta gözlemlenmesi
4. Bireyin kendini değerlendirmesi sırasında vücut ağırlığının ve vücut şeklinin onu etkilemesi
5. Bozukluk sadece anoreksiya nervoza periyotlarında gözlemlenmemektedir (56,44).

Bulimiya nervozanın toplumlarda görülme sıklığı (%1-2,5) farklılık göstermekte ve cinsiyetler arasında da görülme oranları değişmektedir. Ergenlik döneminin ortasında ya da 20'li yaşlarda bulimiya nervoza başlamaktadır. Adölesan ve genç kadınlarda %1, erkeklerde

ise %0,1 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Kızlarda görülme oranı erkelere göre 10 kat daha fazladır (36,57).

a. Klinik bulgular: Bulimiya nervoza kısıtlı besin tüketiminden tıkanırcasına besin tüketimine kadar farklı yeme şekilleri gösteren karmaşık bir rahatsızlıktır. Bireyler normalde enerji alımını kısıtlama ihtiyacı hissettiklerinde düşük kalorili ve az yağlı besinler tercih ederken, tıkanırcasına yeme atakları geçirdikleri zaman aşırı şekerli, bol yağlı ve yüksek kalorili besinler tercih etmektedirler (51,58). Hastalar tıkanırcasına yeme atakları geçirdikleri zaman yeme davranışının kontrolünü kaybederler ve normalde yiyemeyecekleri kadar besini çok kısa sürede tüketebilirler. Daha sonra ortaya çıkan suçluluk duygusuyla ise kusma eylemi gerçekleştirmektedirler (59).

Bulimiya nervozada tekrarlayan kusma davranışı, laksatif ve diüretiklerin kullanımıyla birlikte sıvı elektrolit dengesi bozulmaktadır (59). Elektrolit dengesinde bozulma sonucu hipokalemi, hiponatremi, hipokloremi gözlenebilmektedir. Ayrıca diş eti rahatsızlıkları, reflü, gastrit, boğaz ağrısı ve kusma da yaygın görülen komplikasyonlardandır (31,33). Hastalarda laksatiflerin kullanımına bağlı olarak konstipasyon, bağırsak hareketlerinde bozukluk meydana gelebilmektedir (59).

Bulimiya nervozada hastaların %50-70 ini etkileyen ve en fazla görülen psikolojik bozukluk majör depresyondur. Ayrıca hastalarda anksiyete bozuklukları, sosyal fobi, bipolar bozukluk, obsesif kompülsif bozukluk ve kişilik bozuklukları da görülen psikolojik rahatsızlıktandır (42,47).

b. Tedavi: Bulimiya nervozalı hastaların özellikle sıvı elektrolit dengeleri kontrol edilmeli ve bireylerde var olan komplikasyonlar tedavi edilmelidir (31). Bu hastalarda psikolojik, farmakolojik ve beslenme tedavisi uygulanmaktadır (60).

Bulimiya nervozada planlanması gereken beslenme programının temel ilkesi, tıkanırcasına yeme atağının ve çıkarma davranışının engellenmesidir. Hasta eğer şişman veya obez ise vücut ağırlığı kaybı hedeflenmeli ancak temel hedef bireye normal yeme davranışı kazandırmak ve vücut ağırlığı kontrolünü sağlamaktır (31,51).

3.Tıkanırcasına yeme bozukluğu: Tıkanırcasına yeme bozukluğunda hastalar belirli bir sürede ve benzer şartlar altında birçok bireyin tüketebileceğinden çok daha fazla yiyeceği yiyebilmekte ve bu yeme davranışını kontrol edememektedir (49,61).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu ve bulimiya nervoza hastalığında ortak semptomlar olmasının yanı sıra bazı farklılıkları da bulunmaktadır. Tıkanırcasına yeme bozukluğunda

bulimiya benzer olarak aşırı yemek yeme davranışı bulunmaktadır. Ancak bulimiyada bireyler yemek yemenin ardından var olan suçluluk duygusu sonucu kusma davranışı, laksatif ya da diüretik kullanımıyla birlikte çıkarma davranışı sergilemektedir. Tıkanırcasına yeme bozukluğunda ise çıkarma davranışı görülmemektedir (23,61). Tıkanırcasına yeme bozukluğunda bireyler ya obez ya da obez olmaya yatkınlık göstermektedir (31).

Klinik bulgular ve tedavi: Tıkanırcasına yeme bozukluğunda bireylerde tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları gözlenmekte ve bu ataklar sırasında bireyler kendini kontrol etmede oldukça zorluk yaşamaktadır. Aşırı yemek yemeden sonra bireylerde utanç ve suçluluk ortaya çıkmakta ve bu da bireyleri yalnız yemek yemeye yönlendirmektedir (57). Hastalarda aşırı yemek yemeye bağlı olarak vücut ağırlığı artışı ve obezite görülmektedir (62).

Tıkanırcasına yeme bozukluğunda bireylerde, obezite, osteoartrit, tip 2 diyabet, kan lipit sevilerinde bozukluk, yüksek kan basıncı, kalp yetmezliği, gastrointestinal bozukluklar, kas ağrısı, uyku apnesi, kronik böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar görülmektedir (31,51). Anksiyete, depresyon, duygudurum bozuklukları ve kişilik bozuklukları tıkanırcasına yeme bozukluklarına eşlik eden psikolojik rahatsızlıktandır (62).

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun tedavisinde hedeflenen temel faktörler, bireylerde var olan tıkanırcasına yeme nöbetlerini ortadan kaldırmak, sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmak, yeme bozukluğuna bağlı komplikasyonları düzeltmek, ideal vücut ağırlığının kazanılmasını ve devamını sağlamaktır. Tıkanırcasına yeme bozukluğunun tedavisinde ilaç, psikolojik ve tıbbı beslenme tedavi uygulanmaktadır (31,62).

4. Pika: Pika besin olmayan maddelerin en az 1 ay süre boyunca tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır (63). Her yaş grubunda pika görülebilir ancak çocukluk döneminde görülme sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir (64).

Pikanın oluşumunda birçok farklı etken rol oynamaktadır. Bazı vitamin ve minerallerin eksiklikleri, hastalıkların varlığı, sosyo-kültürel faktörler ve bireyin psikolojik durumu pika oluşumuna neden olabilecek etmenlerdendir (65).

Pikada ağır metal zehirlenmeleri, gastrointestinal sorunlar, dişlerde kırılma, büyüme ve gelişme geriliği görülebilmektedir. Bu hastalığın tedavisinde dikkat edilecek en önemli husus pikaya neden olan faktörü belirlemek ve buna göre bir tedavi belirlemektir. Eğer pikanın altında yatan neden mineral yetersizliği ise besin öğeleri preparatları kullanılmalıdır. Eğer psikolojik kökenli bir nedeni varsa psikolojik tedavi ve ilaç tedavisiyle birlikte hastalık tedavi edilmelidir (65).

5. Ruminasyon (geri çıkarıp çiğneme) bozukluğu: Ruminasyon bozukluğu genellikle tüketilen besin maddelerinin geri çıkartılması tekrardan çiğneme işlemiyle yutulması ya da ağızdan geri çıkarılması durumlarıyla görülen bir yeme bozukluğudur. Bu hastalıkta özellikle reflü, ağzı kokusu, sıvı-elektrolit dengesi bozuklukları, vücut ağırlığı kaybı ve buna bağlı olarak malnütrisyon görülen komplikasyonlarındandır (31).

6. Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu: Bireylerin gereksinimlerini karşılayamayacak düzeyde besin alımını kısıtlaması şeklinde tanımlanabilmektedir (31). DSM-V'te yeni bir tanı kategorisi olarak 'Kaçıngan/kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu' başlığı ile sınıflandırma sitemine girmiştir (66).

Bu yeme bozukluğunda anoreksiya ve bulimiya nervozanın en önemli kriteri olan vücut ağırlığı ve beden görüntüsü kaygısı bulunmamaktadır. Bireyler sürekli olarak besinlerden kaçmakta ve beslenme kısıtlamasına girmektedir. Bu durum sonucunda hastalarda belirgin vücut ağırlığı kaybı olmakta ve beslenme yetersizlikleri görülebilmektedir (31,66).

7. Tanımlanmış diğer yeme bozukluğu: DSM-V'e göre tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi içerisine, atipikal anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve /veya kısıtlı sürede), çıkarma bozukluğu, tıkanırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve /veya kısıtlı sürede), gece yeme sendromu girmektedir (31,47).

ERGENLİK VE RUH SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruh sağlığını; bireyin çevresiyle ve kendisiyle uyum içinde olması olarak tanımlamıştır. Ruhsal sorunlar hızla artmakta olan ve hem toplumsal hem bireysel boyutta etkileri gözlemlenebilen sağlık sorunlarından bir tanesidir. Her yaş grubu birey için sorun teşkil etmekte olup ergenlik dönemi bireylerde ortaya çıkma oranı oldukça fazladır (67).

Fizyolojik, ruhsal, hormonal, sosyal birçok değişimin gözlendiği ergenlik döneminde bireyler bu değişimlerle baş etmede güçlük çekebilmektedir. Özellikle bireyler topluma uyum sağlayabilme, kendi kimliklerini bulma, toplumda kendilerine bir yer edinebilme, çocukluktan çıkıp yetişkin bir birey olma mücadelesi verme, duygu ve düşünce karmaşasından dolayı birçok durumu daha yoğun olarak yaşamaktadır (68). Bu durum bireylerin ruh sağlığını bozabilmekte ve birçok psikolojik hastalığın ortaya çıkabilmesine neden olabilmektedir (69). Ergenlik döneminde görülme olasılığı yüksek olan ruhsal sorunlar; sosyal fobi, anksiyete,

obsesif kompülsif bozukluk, depresyon, kötü madde kullanımı ve yeme bozukluklarıdır (70).

Depresyon

Tüm dünyada ve Türkiye'de görülme sıklığı her geçen gün artmakta olan depresyon; şiddetli üzüntü, bıkkınlık, sıkıntılı bir duygu durum haliyle birlikte derin düşünce; konuşmada yavaşlama, suçluluk, pişmanlık, kendini değersiz hissetme, uyku ve iştah durumlarında bozukluk, güçsüzlük, halsizlik, kötümserlik, isteksizlik gibi bir takım durumlarla karakterize psikolojik bir sendromdur (6,71). Psikolojik, genetik, biyolojik faktörlerin depresyonun oluşumunda etkili olduğu belirlenmiştir (72).

Dünya genelinde özelliklede adölesanlarda en sık karşılaşılan ruhsal sorun depresyondur. Depresyon bireylerin fizyolojik ve ruhsal işlevselliğinde bozulmaya neden olan en az iki hafta ya da daha uzun sürebilen tedavi edilen bir ruh sağlığı sorunudur (69,73). Ergenlik döneminde depresyon görülme oranının %5 ile %20 arasında değiştiği belirlenmiştir. Kızlarda görüleme oranı ise erkeklerden daha fazladır (74).

Adölesan dönemde ortaya çıkan depresyon bireylerin fizyolojik ve psikolojik gelişimlerini olumsuz yönde etkilemekte ve yetişkinlik dönemde bireyler kötü madde kullanımı, intihar, iş hayatında zorluklar ve akademik başarısızlıklar gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (75). DSM-V'e göre depresyonun belirtileri Tablo 6'da verilmiştir(76).

Tablo 6. DSM-V'e göre depresyonun belirtileri (76)

DSM-V e göre depresyonun belirtileri	
Çok fazla uyuma	Uyku bozuklukları
Konsantrasyon bozukluğu	İştah durumunda artma ya da azalma
Üzüntü hali	Konsantrasyon bozukluğu
Kederli duygu durumu	İntihara meyilde artış
Bireyin enerjisinde azalma	Zevk aldığı şeylerden artık zevk alamama
Ölüm düşüncesi	Kendini değersiz hissetme durumu
Halisülayonlar	Suçluluk
Gündelik yaşamını devam ettirmede zorluk	Şahsi bakımında azalma

1. Epidemiyolojisi: Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en yaygın olarak görülmekte olan rahatsızlıklardan biridir. Dünya sağlık örgütü en acil çözüme ulaştırılması gereken sağlık sorunu olarak depresyonu 4. sırada göstermiştir (72). Kadınlarda ve erkeklerde depresyon görülme oranı birbirinden faklıdır. Erkeklerde depresyon oranı %6, kadınlarda

%11,2 olarak saptanmış ve kadınlarda erkeklere oranlar depresyon varlığının iki kat fazla olduğu belirlenmiştir (77).

2. Depresyonun sınıflandırılması: Depresyon tıp tarihinde ilk kez Hipokrates tarafından tanımlamıştır. Amerikan psikoloji derneği tarafından hazırlanmış olan DSM-V'e göre depresyonun sınıflandırılması ele alınmıştır (72). DSM-V tanı kriterlerine göre depresyonun sınıflandırılması Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. DSM-V tanı kriterlerine göre depresyonun sınıflandırılması (44,77).

DSM-V tanı kriterlerine göre depresyonun sınıflandırılması
Majör(yeğin) depresyon bozukluğu
Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
Premenstrüel disfori bozukluğu
Süregiden depresyon bozukluğu
Başka bir sağlık durumuna bağlı oluşan depresyon bozukluğu
İlacın/maddenin neden olduğu depresyon bozukluğu
Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
Tanımlanmamış depresyon bozukluğu

3. Depresyon tedavisi: Depresyonun tedavisinde farmakolojik ve psikolojik tedaviler uygulanmaktadır. Çocukluk ve ergenlik döneminde depresyonun farmakolojik tedavisinde trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve monoamin oksidas inhibitörleri gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavi depresyonun semptomlarını azaltarak psikolojik tedavinin daha etkili olmasında yardımcı olmaktadır. Kişiler arası psikoterapi, aile danışmanlığı ve bilişsel davranışçı tedavi bu hastalığın önlenmesinde uygulanan yaklaşımlar arasında yer almaktadır (78).

Depresyon bireylerin beslenme durumlarında değişiklik meydana getirerek önemli sağlık sorunlarının oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Depresyon bireylerde; vücut ağırlığında artış veya azalış, konstipasyon, dehidratasyon, serum besin öğesi seviyelerinde azalma, yeme bozuklukları gibi beslenmeye bağlı sorunları ortaya çıkarabilmektedir (51). Depresyon özellikle son yüzyılda yaygınlık oranın artması, kronik hale gelmesi, intihara neden olabilmesi ve getirdiği ekonomik problemler nedeniyle tedavisi oldukça önemlidir (71).

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete; kişinin kendini tehlike altında hissettiği, nedeni bilinmeyen, belirsiz, korku,

sıkıntı, kaygı, endişe ve bunalma duyguları ile karakterize bir durumdur (79). Anksiyete normal şartlarda veya bir tehlike anında ortaya çıkan, sıklığı ve şiddeti bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiyen bir rahatsızlıktır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları adölesan dönemde en fazla görülen psikiyatrik iki rahatsızlıktır. Adölesan dönemde görülen ruhsal hastalıkların tedavisi bireylerin fizyolojik ve ruhsal gelişimine katkı sağlamakla birlikte yetişkinlik dönemi ortaya çıkabilecek birçok psikolojik kökenli hastalığın önüne geçebilmektedir (7,80).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınlarda %7,1, erkeklerde %3,1 anksiyete görüldüğü saptanmıştır (81). Ergenlerde görülme sıklığı her geçen gün artmakta ve bu dönemde görülme oranı %4-20 arasında değişmektedir (82). Bu dönemde gelecek ve sınav kaygısı, psikolojik sorunlar ve bireysel sorunlar anksiyete oluşumunu artırabilmektedir (79).

Anksiyetenin psikolojik ve fizyolojik belirtileri bulunmaktadır. Fizyolojik belirtileri; çarpıntı, nefes almada zorluk, taşikardi, yutkunma zorluğu, aşırı nefes alıp verme, bağırsak hareketlerinde değişkenlik, sık idrara çıkma, kadınlarda amenore ve menstrüel bozukluk, kulak çınlaması, idrar yaparken yanma, kramplar, vücut sıcaklığında artış, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, uyku bozuklukları, görme bulanıklıkları gibi durumlardır (82,83). Psikolojik belirtileri ise; endişe, heyecan, korku, gerginlik, sinirlilik hali, konsantrasyon bozukluğu, sese karşı hassasiyet, sürekli alarm durumunda olma, yerinde duramama gibi durumlardır (83,84).

Anksiyete bireyin kendini güvensiz hissettiği ya da tehlikede olduğunu düşündüğü durumlarda ortaya çıkabilmektedir. Bu durumlar; benlik saygısında düşüş, sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde tehdit, özgürlüğün kısıtlanması, okulda başarısızlık, sosyoekonomik ve fiziksel sorunlar, birisinin kaybı, isteklerin ve beklentilerin gerçekleşmemesidir (82).

Adölesan bireylerde anksiyete nedeniyle bir takım olumsuz davranışlar gözlenebilmektedir. Bireyde; madde ve alkol bağımlılığı, adölesan gebelikler, evden kaçma, tedaviden kaçınma gibi davranışlar görülebilir. Ayrıca bu bireylerde öfke, çekingenlik gibi ruhsal davranışlarından kaynaklanan sosyal izolasyon ve geri çekilme de görülebilmektedir (82).

Anksiyetenin tedavisini temel olarak farmokoterapi ve psikolojik tedavi oluşturmaktadır. İlaç tedavisinde var olan semptomlar düzeltilerken psikolojik tedaviyle bireylerin var lan duygu durumlarında temel düzelme ile birlikte tedavinin yürütülmesi gerekmektedir. İlaç tedavisi en az 6 ay sürmekle birlikte psikolojik tedaviye daha uzun süre

devam edilmesi gerekmektedir (85).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÖRNEKLEM SEÇİMİ, ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma Ekim 2018 ve Aralık 2018 tarihleri arasında Edirne il merkezinde yürütülmüştür. Çalışmaya Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı, Edirne Süleyman Demirel Fen Lisesi, I. Murat Anadolu Lisesi, Edirne Lisesi, Edirne Yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesi ve İlhami Ertem Anadolu Lisesinde 9, 10, 11ve 12. sınıfta öğrenim görmekte olan öğrenciler dâhil edilmiştir. Araştırmaya 248 kız ve 175 erkek olmak üzere toplam 423 öğrenci dâhil edilmiştir.

VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Yapılan çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi bilimsel araştırmalar etik kurulundan 02/04/2018 tarihinde 06/13 karar numarasıyla alınan onay ile başlamıştır(EK-1). Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğünden ve bireylerin ailelerinden veli onam formu ile yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmakta olan öğrencilere demografik, beslenme alışkanlıkları ve iştah durumlarını, yeme tutumlarını, depresyon ve anksiyete düzeylerini sorgulayan anket yapılmıştır.

1. Demografik anket

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ve 14 sorudan oluşan demografik ankette bireyin yaşı, cinsiyeti, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, okulunun adı, sınıfı, anne-baba meslekleri, anne-baba eğitim düzeyleri, ailedeki birey sayıları, ailelerinin ortalama gelirleri,

fiziksel aktivite durumları ve sigara tüketme durumlarına ait bilgiler yer almaktadır(EK-4)

2. Beslenme alışkanlıkları ve iştah durumları

Bireylerin beslenme alışkanlıkları ve iştah durumlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket sorularında bireylerin günlük öğün sayıları, ana ve ara öğün atlama durumları, öğünler arasında yedikleri yiyeceklerin türleri, kahvaltı ve öğle yemeklerini tükettikleri yerler, genel iştah durumları, ruh haline ve okul başarısına göre iştah durumlarına ait bilgiler bulunmaktadır (EK-5).

3. Yeme tutum testi (EAT-40)

Yeme tutum testi anoreksiya nevroza ve bulimiya nervozanın semptomlarını ölçmek amacıyla Garner ve arkadaşları tarafından 1979 yılında geliştirilen bir testtir. Ülkemizde Savaşır ve Erol tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (86).

Yeme tutum testi toplamda 40 maddeden oluşur. Maddeler; "daima", "çok sık", "sık sık", "bazen", "nadiren" ve "hiçbir zaman" şeklindeki 6 maddeden oluşan likert tipi bir sistemle puanlanmaktadır. Yeme tutum testi 11-70 yaş arası bireylere uygulanabilir. Yeme tutum testinde 1, 18, 19, 23, 27, 39 sorularında bazen için 1 puan, nadiren için 2 puan ve hiçbir zaman için 3 puan verilmekte bu soruların diğer seçenekleri için 0 puan verilerek değerlendirilmektedir. EAT-40'ın diğer soruları daima için 3 puan, çok sık için 2 puan, sık sık için 1 puan ve diğer seçenekler için 0 puan verilerek değerlendirilme yapılmaktadır. Ölçeğin toplam sonucunda ise bu değerler toplanmakta ve total bir puan elde edilmektedir. Yeme tutum testi için kesme değeri 30 puan olarak belirlenmiş ve 30 puan ve üzeri alan bireyler için yeme bozukluğu riski vardır şeklinde nitelendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı Savaşır ve Erol'un çalışmasında 0,70 bulunmuştur (37,87)(EK-6).

4. Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği

Spence Çocuk Kaygı Ölçeği 1997 yılında Spence tarafından geliştirilmiştir. Ardından Chorpita ve arkadaşları tarafından 2000 yılında revize edilmiştir. Çocuk anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Çocuk Versiyonunun (RCADS-CV) ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. RCADS, çocuklarda ve ergenlerde DSM-IV kriterlerine göre anksiyete bozuklukları ve depresyon belirtilerini ölçmek için

geliştirilen 47 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte, AKB (ayrılma kaygı bozukluğu) (7 madde), SF (sosyal fobi) (9 madde), YAB (yaygın anksiyete bozukluğu) (6 madde), PB (panik bozukluk)(9 madde), OKB (obsesif kompulsif bozukluk) (6 madde) ve MDB (majör depresif bozukluk)(10 madde) olmak üzere 6 alt ölçek bulunmaktadır. Ölçekte 0 = asla, 1 = bazen, 2 = sıklıkla ve 3 = her zaman olarak puanlanmaktadır (88,89)(EK7).

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatiksel değerlendirme, IBM SPPS 22 istatistik programı (New York, ABD) kullanılarak yapılmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "independent sample-t test(t-tablo değeri), üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "ANOVA" test(F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalar için Post-hoc tukey veya tamhane test istatistikleri kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Man-Whitney U" test(Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H test(X^2 tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin karşılaştırılması için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Normal dağılıma sahip olan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Pearson korelasyon, normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm istatistiksel için anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak seçilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 175'i (%41,4) erkek, 248'i (%58,6) kız olmak üzere toplam 423 öğrenci katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin 74'ü 14, 124'ü 15, 105'i 16, 99'u 17 ve 20' si 18 yaşındadır (Tablo 8).

Tablo 8. Öğrencilerin yaşa göre dağılımları

Yaş	Erkek(n:175)		Kız (n:248)		Toplam(n:423)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
14	28	16,0	46	18,5	74	17,5
15	52	29,0	72	29,0	124	29,3
16	41	23,4	64	25,8	105	24,8
17	42	24,0	57	23,0	99	23,4
18	11	6,3	9	3,6	20	4,7
19	1	0,6	0	0,0	1	0,2
Toplam	175	100	248	100	423	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin 78'i (%18,4) I. Murat Anadolu Lisesi, 91'i (% 21,5) Edirne Lisesi, 52'si (%12,3) Süleyman Demirel Fen Lisesi, 106'sı (%25,1) Yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesi, 96'sı (% 22,7) İlhami Ertem Anadolu Lisesi'nde öğrenim görmektedir. Öğrencilerin 122'si (28,8) 9. sınıf, 134'ü (%31,7) 10. sınıf, 92'si (%21,7) 11. sınıf, 75'i (17,7) 12. sınıf öğrencisidir (Tablo 9).

Tablo 9. Öğrencilerin öğrenim görmekte olduğu okul ve sınıflara göre dağılımı

Okul adı	9. sınıf		10. sınıf		11. sınıf		12. sınıf		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1.Murat Anadolu Lisesi	21	5,0	30	7,1	15	3,5	12	2,8	78	18,4
Edirne Lisesi	29	6,9	28	6,6	14	3,3	20	4,7	91	21,5
Edirne Süleyman Demirel Fen Lisesi	20	4,7	20	4,7	12	2,8	0	0,0	52	12,3
İlhami Ertem Anadolu Lisesi	23	5,4	24	5,7	25	5,9	24	5,7	96	22,7
Edirne Yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesi	29	6,9	32	7,6	26	6,1	19	4,5	106	25,1
Toplam	**122**	**28,8**	**134**	**31,7**	**92**	**21,7**	**75**	**17,7**	**423**	**100**

Tablo 10'da öğrencilerin baba ve annelerinin eğitim ve meslek durumları verilmiştir. Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim ve meslek durumları incelendiğinde; öğrencilerin babalarının 124'ü (%29,3) memur, 64'ü (%15,1) emekli, 102'si (%24,1) işçi, annelerinin 64'ü (%15,1) işçi, 52'si (%12,3) memur ve 230'u (%54,4) diğer meslek gruplarından olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin babalarının 140'ı (%33,1) lise, 101'i (%23,9) üniversite mezunu iken annelerinin 133'ü (%31,4) lise, 69'u (%14,1) üniversite mezunudur.

Tablo 10. Öğrencilerin baba ve anne eğitim ve meslek durumları

Ebeveynlerin eğitim ve meslek durumu	Erkek (n:175)		Kız (n:248)		Toplam (n:423)	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Baba mesleği						
İşçi	47	26,9	55	22,2	102	24,1
Memur	50	28,6	74	29,8	124	29,3
Emekli	26	14,9	38	15,3	64	15,1
Serbest meslek	19	10,9	41	16,5	60	14,2
Diğer	33	18,9	40	16,1	73	17,3
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**
Baba eğitim durumu						
Okuryazar değil	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Okuryazar	0	0,0	3	1,2	3	0,7
İlkokul mezunu	22	12,6	38	15,3	60	14,2
Ortaokul mezunu	42	24,0	52	21,0	94	22,2
Lise mezunu	57	32,6	83	33,5	140	33,1
Üniversite mezunu	44	25,1	57	23,0	101	23,9
Yüksek lisans/doktora	10	5,7	14	5,6	24	5,7
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**
Anne mesleği						
İşçi	19	10,9	45	18,1	64	15,1
Memur	22	12,6	30	12,1	52	12,3
Emekli	15	8,6	21	8,5	36	8,5
Serbest meslek	19	10,9	22	8,9	41	9,7
Diğer	100	56,6	130	52,4	230	54,4
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**
Anne eğitim durumu						
Okuryazar değil	3	1,7	5	2,0	8	1,9
Okuryazar	1	0,6	4	1,6	5	1,2
İlkokul mezunu	40	22,9	64	25,8	104	24,6
Ortaokul mezunu	44	25,1	52	21,0	96	22,7
Lise mezunu	48	27,4	85	34,3	133	31,4
Üniversite mezunu	34	19,4	35	14,1	69	16,3
Yüksek lisans/doktora	5	2,9	3	1,2	8	1,9
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**

Öğrencilerin 85'i (%20,1) üç, 239'u (%56,5) dört, 41'i ise (%9,7) beşten fazla kardeşe sahiptir. Ailelerinin ortalama gelirleri incelendiğinde 136'sının (% 32,3) 2501-3500 TL arası, 74'ünün (%17,5) 3501-4500 TL arası, 126'sının (%29,8) 4501 TL ve üzeri gelire sahip

olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Öğrencilerin kardeş sayıları ve ortalama gelir düzeylerine göre dağılımı

Değişkenler	Toplam	
	Sayı	%
Kardeş sayısı		
3 kardeş	85	20,1
4 kardeş	239	56,5
5 kardeş	58	13,7
Beş kardeşten fazla	41	9,7
Toplam	423	100
Ortalama gelir		
1000-2500	87	20,6
2501-3500	136	32,2
3501-4500	74	17,5
4501 ve fazlası	126	29,8
Toplam	423	100

Çalışmaya katılan öğrencilerin BKİ (beden kütle indeksi) değerleri incelendiğinde erkeklerin 28'u (%16,0) zayıf, 115'i (%65,7) normal, 25'i (%14,3) hafif şişman, 7'si (% 4,0) şişman, kızların ise 66'sı (%26,6) zayıf, 146'sı (%60,5) normal, 28'i (%11,3) hafif şişman, 11'i (%1,6) şişman olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 265'inin (%62,6) normal BKI değerlerine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin beden kütle indeksi (BKİ) değerlerine göre sınıflandırma

BKİ (kg/m^2) sınıflaması	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
< 18,5 (Zayıf)	28	16,0	66	26,6	94	22,2
≥ 18,5- <24,9 (Normal)	115	65,7	150	60,5	265	62,6
≥ 25,0- <29,9 (Hafif Şişman)	25	14,3	28	11,3	53	12,5
≥ 30 (Şişman)	7	4,0	4	1,6	11	2,6
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**

BKI: Beden kütle indeksi

Tablo 13'de araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (SS) değerleri verilmiştir. Erkeklerin ve kızların yaş ortalaması sırasıyla 15,8±1,20 ve 15,6±1,13 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 15,7±1,16 olarak bulunmuştur. Erkeklerin vücut ağırlığı (67,7±12,87 kg) kızlardan (56,5±9,71 kg) istatiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur

(p<0,05). Erkeklerin ve kızların boy uzunluğu ortalamaları sırasıyla 175±7,11 cm ve 15,7±1,16 cm olarak saptanmıştır (p<0,05). Kızların BKI ortalaması 20,9±3,59 kg/m^2 erkeklerin ise 21,8±4,61 kg/m^2 olarak saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 13. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (SS) değerleri

Değişkenler	Erkek (n:175)		Kız (n:248)		Toplam(n:423)		P değeri
	X	SS	X	SS	X	SS	
Yaş (yıl)	15,8	1,20	15,6	1,13	15,7	1,16	0,277
Boy uzunluğu (cm)	175,0	7,11	164,2	5,82	168,7	8,32	0,000*
Vücut ağırlığı (kg)	67,7	12,87	56,5	9,71	61,1	12,40	0,000*
BKİ (kg/m^2)	21,8	4,61	20,9	3,59	21,3	3,95	0,180

*p<0,05

BKİ: Beden kütle indeksi

Erkek öğrencilerin 96'sının (%54,9) fiziksel aktivite yaptığı, 79'unun (%54,1) yapmadığı belirlenmiştir. Kız öğrencilerinin 75'inin (%30,2) fiziksel aktivite yaptığı, 173'ünün (%69,8) yapmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin fiziksel aktivite durumu ile cinsiyet arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Öğrencilerin sigara kullanma durumları incelendiğinde kız öğrencilerin 224'ü (%90,3), erkeklerin 150'si (%85,7) sigara kullanmazken kızların 24'ü (%9,7), erkeklerin 25'i (14,3) sigara kullandığını belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma ve sigara içme durumlarına göre dağılımı

Değişken	Erkek (n:175)		Kadın (n:248)		Toplam (N:423)	
	S	%	S	%	S	%
Fiziksel aktivite yapma durumu						
Yapıyor	96	54,9	75	30,2	171	40,4
Yapmıyor	79	54,1	173	69,8	252	59,6
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**
Sigara Kullanma Durumu						
Kullanıyor	25	14,3	24	9,7	49	11,6
Kullanmıyor	150	85,7	224	90,3	374	88,4
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**

P<0,05

Erkek ve kız öğrencilerin sırasıyla 40'ı (%22,9), 80'i (%32,3) ana öğün atlarken 135'i (%77,1), 168'i (%67,7) ana öğün atlamadıkları belirlenmiştir (p<0,05). Ana öğün atlayan öğrencilerin 94'ü (%78,3) kahvaltıyı, 16'sı (%13,3) öğle yemeğini, 10'u (%8,3) akşam

yemeğini atladığını belirtmiştir. Erkek ve kız öğrencilerin sırasıyla 150'si (%58,7), 206'sı (%83,1) ara öğün atlarken erkek ve kız öğrencilerin 25'i (%14,3), 42'si (%16,9) ara öğün atlamadıkları belirlenmiştir, Ara öğün atlayanların 119'u (%33,4) kuşluğu, 134'sı (%37,6) ikindiyi, 103'ü (%28,9) gece ara öğününü atladığını belirtmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Öğrencilerin cinsiyete göre ana ve ara öğün atlama ve atlanan öğünlerin dağılımları

Değişkenler	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ana öğün atlama-						
Atlıyor	40	22,9	80	32,3	120	28,4
Atlamıyor	135	77,1	168	67,7	303	71,6
Toplam	175	100	248	100	423	100
Atlanan öğün*						
Kahvaltı	30	75	64	80,0	94	78,3
Öğle	8	20	8	10,0	16	13,3
Akşam	2	5	8	10,0	10	8,3
Toplam	40	100	80	100	120	100
Ara öğün atlama						
Atlıyor	150	85,7	206	83,1	356	84,2
Atlamıyor	25	14,3	42	16,9	67	15,8
Toplam	175	100	248	100	423	100
Atlanan ara öğün+						
Kuşluk	52	34,7	67	32,5	119	33,4
İkindi	58	38,7	76	36,9	134	37,6
Gece	40	26,7	63	30,6	103	28,9
Toplam	150	100	206	100	356	100

*Sadece ana öğün atlayanlar dâhil edilmiştir.
+ Sadece ara öğün atlayanlar dâhil edilmiştir.
-$p<0,05$

Erkeklerin 59'u (%33,7), kızların 65'i (%26,2) simit-poğaça-tost tükettiklerini belirtmiştir. Öğün aralarında süt-yoğurt tüketme oranları kızlarda 29 (%11,7) erkeklerde ise 19 (%10,9) olduğu saptanmıştır. Erkek öğrencilerin 50'si (%28,6) kız öğrencilerim 65'i (%26,2) öğün aralarında meyve tükettiklerini belirtmiştir. Erkek öğrencilerin 5'i (%2,9) kola ve gazlı içecek, 3'ü (%1,7) meyve suyu, 7'si (%4,0) cips, 12'si (%6,9) bisküvi-kraker-gofret grubu yiyecekleri öğün aralarında yedikleri saptanmıştır. Kız öğrencilerin 2'si (%0,8) kola ve gazlı içecek, 3'ü (%1,2) meyve suyu, 25'ü (%10,1) cips, 33'ü (%13,3) bisküvi-kraker-gofret grubu yiyecekleri öğün aralarında yedikleri belirlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Öğrencilerin cinsiyete göre öğün arasında yedikleri yiyeceklerin dağılımı

Yiyecekler	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Simit, poğaça, tost	59	33,7	65	26,2	124	29,3
Cips	7	4,0	25	10,1	32	7,6
Meyve	50	28,6	65	26,2	115	27,5
Süt, yoğurt, ayran	19	10,9	29	11,7	48	11,3
Bisküvi, kraker, gofret	12	6,9	33	13,3	45	10,6
Çikolata, şekerleme vb.	5	2,9	16	6,5	21	5,0
Kola ve gazlı içecek	5	2,9	2	0,8	7	1,7
Meyve suları	3	1,7	3	1,2	6	1,4
Çay, kahve	12	6,9	8	3,2	20	4,7
Kuruyemiş	3	1,7	2	0,8	5	1,2
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**

Erkek öğrencelerin kahvaltı öğünü tükettikleri yerler incelendiğinde 295'i (69,7) evde, 75'i (%17,7) okul kantininde, 4'ü (%0,9) kafeteryada, 49'u (11,6) diğer yerlerde tükettiği belirlenmiştir. Erkek öğrencilerin 11'i (%6,3) evde, 54'ü (%30,9) okul kantininde, 38'i (%21,7) kafeteryada, 72'si (%41,1) diğer yerlerde öğle yemeklerini tüketirken kız öğrencilerin 22'si (%8,9) evde, 99'u (%39,9) okul kantininde, 40'ı (%16,1) kafeteryada, 87'si(%35,1) diğer yerlerde öğle yemeklerini tükettiklerini belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 33'ü (%7,8) evde, 159'u (%37,6) diğer yerlerde öğle yemeklerini tükettikleri saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Öğrencilerin kahvaltı ve öğle yemeklerini tükettikleri yerlerin cinsiyete göre dağılımı

	Erkek (n:175)		Kız (n:248)		Toplam (n:423)	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Kahvaltı						
Evde	130	74,3	165	66,5	295	69,7
Okul kantininde	24	13,7	51	20,6	75	17,7
Kafeteryada	2	1,1	2	0,8	4	0,9
Diğer	19	10,9	30	12,1	49	11,6
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**
Öğle						
Evde	11	6,3	22	8,9	33	7,8
Okul kantininde	54	30,9	99	39,9	153	36,2
Kafeteryada	38	21,7	40	16,1	78	18,4
Diğer	72	41,1	87	35,1	159	37,6
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**

Tablo 18'de öğrencilerin cinsiyete göre iştah durumlarının dağılımı verilmiştir. Erkek öğrencilerin 77'sinin (%11,4), kız öğrencilerin 130'unun (%54,2), toplamda ise öğrencilerin 207'sinin (%48,9) iştah durumlarının iyi olduğunu belirlenmiş iken erkeklerin 2'sinin (%1,1), kızların 7'sinin (2,8), toplam öğrencilerin 9'unun (%2,1) iştahlarının çok kötü olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yemeklerden önce iştah durumlarının 6'sının (%1,4) çok kötü, 22'sinin (%5,2) kötü, 83'ünün (%19,6) orta, 192'sinin (%45,4) iyi, 120'sinin (%28,4) çok iyi olduğu saptanmıştır.

Tablo 18. Öğrencilerin cinsiyete göre iştah durumlarının dağılımı

Değişkenler	Erkek (n:175)		Kız (n:248)		Toplam (n:423)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel iştah durumu						
Çok kötü	2	1,1	7	2,8	9	2,1
Kötü	17	9,7	13	5,2	30	7,1
Orta	20	11,4	34	13,7	54	12,8
İyi	77	44,0	130	54,2	207	48,9
Çok iyi	59	33,7	64	25,8	123	29,1
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**
Yemeklerden önce iştah durumu						
Çok kötü	3	1,7	3	1,2	6	1,4
Kötü	9	5,1	13	5,2	22	5,2
Orta	27	15,4	56	22,6	83	19,6
İyi	79	45,1	113	45,6	192	45,4
Çok iyi	57	32,6	63	25,4	120	28,4
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**

Öğrencilerin ruhsal durumlarının iştahı etkileme durumu incelendiğinde erkek öğrencilerin 134'ü (%76,6) evet, 41'i (%23,4) hayır olarak belirtirken kız öğrencilerin 213'ü (%85,9) evet, 35'i (%14,1) hayır olarak belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 347'si (%82) ruhsal durumlarının iştahlarını etkilediğini belirtirken 76'sı (%18,0) iştahlarını etkilemediğini belirtmiştir. Cinsiyete göre ruhsal durumlarının iştahları üzerine etkisi incelendiğinde istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin 140'ı (%33,1) iştahlarının okul başarısını etkilediğini belirtirken, 283'ü (%66,9) etkilemediğini belirtmiştir. Erkek öğrencilerin 62'sinin (%35,4) okul başarısı iştah durumlarını etkilerken, 113'ünün (%64,9) etkilemediği saptanmıştır. Kız öğrencilerin 121'inin (%48,8) okul başarısı iştah durumlarını etkilerken, 127'sinin (%51,2) etkilemediği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Öğrencilerin ruhsal durumlarının iştah etkileme durumu ve okul başarısının iştah üzerine etkisinin cinsiyete göre dağılımı

İştahı etkileyen etmenler	Erkek (n:175)		Kız (n:248)		Toplam (n:423)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ruhsal durum						
Etkiliyor	134	76,6	213	85,9	347	82,0
Etkilemiyor	41	23,4	35	14,1	76	18,0
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**
Okul başarısına etkisi						
Etkiliyor	58	33,1	82	33,1	140	33,1
Etkilemiyor	117	66,9	166	66,9	283	66,9
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**
Okul başarısının etkisi						
Etkiliyor	62	35,4	121	48,8	183	43,3
Etkilemiyor	113	64,9	127	51,2	240	56,7
Toplam	**175**	**100**	**248**	**100**	**423**	**100**

P<0,05

Tablo 20'de erkek öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-40) sorularına göre dağılımı verilmiştir. Erkek öğrencilerin 29'u (%16,6) şişmanlamaktan korktuğu, 14'ü (%8,0) sürekli yemek düşündüğünü, 63'ü (%36,0) başkalarıyla yemek yemekten hoşlandığını, 20'sinin (%11,4) ailesinin daha fazla yemesini beklediğini belirtmiştir. Erkeklerin 102'si (%58,3) yemeklerden önce hiçbir zaman sıkıntılı olmadığını, 84'ü (%48) ekmek ve patates gibi yiyeceklerden hiçbir zaman kaçmadığını, 154'ü (%88,0) yemekten sonra hiçbir zaman kusmadığını, 159'u (%90,9) hiçbir zaman müshil kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 20. Erkek öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-40) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Daima		Çok sık		Sık sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım	63	36	38	21,7	47	26,9	19	10,9	6	3,4	2	1,1
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem	3	1,7	2	1,1	2	1,1	7	4,0	32	18,3	129	73,7
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum	1	0,6	3	1,7	2	1,1	30	17,1	37	21,1	102	58,3
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar	29	16,6	9	5,1	5	2,9	29	16,6	29	16,6	74	42,3
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım	22	12,6	10	5,7	20	11,4	22	12,6	30	17,1	71	40,6
6.Aklım fikrim yemektedir.	14	8,0	10	5,7	16	9,1	37	21,1	49	28,0	49	28,0
7.Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu	6	3,4	10	5,7	12	6,9	40	22,9	37	21,1	70	40,0
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim	11	6,3	4	2,3	25	14,3	42	24,0	49	28,0	44	25,1
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim	10	5,7	10	5,7	7	4,0	28	16,0	34	19,4	86	49,1
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	3	1,7	4	2,3	14	8,0	38	21,7	32	18,3	84	48,0
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	13	7,4	21	12,0	24	13,7	59	33,7	37	21,1	21	12,0
12. Ailem fazla yemek yememi bekler.	20	11,4	17	9,7	22	12,6	30	17,1	37	21,1	49	28,0
13. Yemek yedikten sonra kusarım.	0	0,0	0	0,0	2	1,1	4	2,3	15	8,6	154	88,0
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	3	1,7	5	2,9	6	3,4	4	2,3	17	9,7	140	80,0
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	15	8,6	9	5,1	8	4,6	25	14,3	21	12,0	97	55,4
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.	9	5,1	12	6,9	11	6,3	29	16,6	35	20,0	79	45,1
17. Günde birkaç kere tartılırım.	4	2,3	2	1,1	48	4,6	11	6,3	42	24,0	108	61,7
18.Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	17	9,7	7	4,0	15	8,6	34	19,4	30	17,1	72	41,1
19. Et yemekten hoşlanırım.	116	66,3	26	14,9	18	10,3	8	4,6	2	1,1	5	2,9
20. Sabahları erken uyanırım.	57	32,6	29	16,6	29	16,6	25	14,3	21	12,0	14	8,0
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	10	5,7	7	4,0	17	9,7	33	18,9	64	36,6	44	25,1
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	14	8,0	6	3,4	7	4,0	14	8,0	34	19,4	100	57,1
23. Adetlerim düzenlidir.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	13	7,4	17	9,7	18	10,3	29	16,6	43	24,6	55	31,4
25. Şişmanlayacağım düşüncesi zihnimi meşgul eder	14	8,0	7	4,0	17	9,7	16	9,1	40	22,9	81	46,3

Tablo 20. Devam. Erkek öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-40) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Daima		Çok sık		Sık sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.	9	5,1	13	7,4	16	9,1	29	16,6	44	25,1	64	36,6
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	34	19,4	28	16,0	42	24,0	42	25,7	12	6,9	14	8,0
28. Müshil kullanırım	0	0,0	2	1,1	0	0,0	6	3,4	8	4,6	159	90,9
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	5	2,9	6	3,4	19	10,9	53	29,7	40	22,9	53	30,3
30. Diyet yemekleri yerim.	6	3,4	3	1,7	4	2,3	15	8,6	29	16,6	118	67,4
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	11	6,3	9	5,1	16	9,1	31	17,7	32	18,3	76	43,4
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	34	19,4	26	14,9	33	18,9	39	22,3	17	9,7	26	14,9
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.	11	6,3	5	2,9	13	7,4	23	13,1	32	18,3	81	52,0
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	8	4,6	1	0,6	11	6,3	29	16,6	34	119,4	92	52,6
35. Kabızlıktan yakınırım	5	2,9	4	2,3	6	3,4	13	7,4	25	14,3	122	69,7
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum	8	4,6	1	0,6	6	3,4	13	7,4	42	24,0	105	60,0
37. Diyet yaparım.	7	4,0	3	1,7	6	3,4	15	8,6	19	10,9	125	74,4
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	9	5,1	8	4,6	9	5,1	18	10,3	33	18,9	98	56,0
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	22	12,6	21	13,7	32	18,3	43	24,6	32	18,3	22	12,6
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	2	1,1	2	1,1	6	3,4	6	3,4	24	13,7	135	77,1

Tablo 21'de kız öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-40) sorularına göre dağılımı verilmiştir. Kız öğrencilerin 52'si (%21,0) şişmanlamaktan korktuğu, 47'si (%19) sürekli yemek düşündüğünü, 84'ü (%33,9) başkalarıyla yemek yemekten hoşlandığını,29'unun (%11,7) ailesinin daha fazla yemesini beklediğini belirtmiştir. Kızların 215'i (%86,7) yemekten sonra hiçbir zaman kusmadığını, 231'i (93,1) hiçbir zaman müshil kullanmadığını, 116'sı (%46,8) hiçbir zaman diyet yapmadığını belirtmiştir.

Tablo 21. Kız öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-40) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Daima		Çok sık		Sık sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1.Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	84	33,9	43	17,3	44	17,7	54	21,8	15	6,0	8	3,2
2.Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	5	2,0	6	2,4	6	2,4	30	12,1	48	19,4	153	61,7
3.Yemekten önce sıkıntılı olurum.	6	2,4	3	1,2	3	1,2	39	15,7	75	30,2	122	49,2
4.Şişmanlamaktan ödüm kopar.	52	21,0	25	10,1	16	6,5	47	19,0	35	14,1	73	29,4
5.Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	17	6,9	16	6,5	18	7,3	42	16,9	35	14,1	120	48,4
6.Aklım fikrim yemektedir.	47	19,0	23	9,3	17	6,9	56	22,6	54	21,8	51	20,6
7.Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.	17	6,9	9	3,6	20	8,1	71	28,6	44	17,7	87	35,1
8.Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	21	8,5	22	8,9	32	12,9	72	29,0	49	19,8	52	21,0
9.Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	7	2,8	7	2,8	11	4,4	42	16,9	72	29,0	109	44,0
10.Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	4	1,6	9	3,6	10	4,0	60	24,2	61	24,6	104	41,9
11.Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	39	15,7	28	11,3	31	12,5	72	29,0	55	22,2	23	9,3
12.Ailem fazla yemek yememi bekler.	29	11,7	11	4,4	36	14,5	31	12,5	43	17,3	98	39,5
13.Yemek yedikten sonra kusarım.	2	0,8	0	0,0	3	1,2	10	4,0	18	7,3	215	86,7
14.Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	12	4,8	9	3,6	13	5,2	27	10,9	37	14,9	150	60,5
15.Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	32	12,9	15	6,0	23	9,3	38	15,3	50	20,2	90	36,3
16.Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.	9	3,6	6	2,4	13	5,2	38	15,3	58	23,4	124	50,0
17.Günde birkaç kere tartılırım.	7	2,8	6	2,4	10	4,0	25	10,1	58	23,4	142	57,3
18.Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	43	17,3	24	9,7	26	10,5	39	15,7	50	20,2	66	26,6
19.Et yemekten hoşlanırım.	92	37,1	42	16,9	36	14,5	35	14,1	19	7,7	24	9,7
20.Sabahları erken uyanırım.	94	37,9	45	18,1	42	16,9	32	12,9	17	6,9	18	7,3
21.Günlerce aynı yemeği yerim.	9	3,6	8	3,2	11	4,4	42	16,9	81	32,7	97	39,1
22.Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	19	7,7	8	3,2	10	4,0	18	7,3	43	17,3	150	60,5
23.Adetlerim düzenlidir.	61	24,6	57	23,0	41	16,5	36	14,5	33	13,3	20	8,1
24.Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	24	9,7	15	6,0	27	10,9	40	16,1	54	21,8	88	35,5
25.Şişmanlayağım düşüncesi zihnimi meşgul eder.	37	14,9	19	7,7	22	8,9	39	15,7	50	20,2	81	32,7

Tablo 21.Devam. Kız öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-40) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Daima		Çok sık		Sık sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.	25	10,1	19	7,7	35	14,1	45	18,1	64	25,8	60	24,2
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	44	17,7	36	14,5	41	16,5	72	29,0	34	13,7	21	8,5
28. Müshil kullanırım	3	1,2	0	0,0	1	0,4	4	1,6	9	3,6	231	93,1
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	6	2,4	13	5,2	13	5,2	61	24,6	65	26,2	90	36,3
30. Diyet yemekleri yerim.	10	4,0	7	2,8	15	6,0	44	17,7	55	22,2	117	47,2
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	24	9,7	14	5,6	12	4,8	33	13,3	53	22,6	109	44,0
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	39	15,7	28	11,3	41	16,5	56	22,6	43	17,3	41	16,5
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.	21	8,5	8	3,2	11	4,4	26	10,5	51	20,6	131	52,8
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	22	8,9	8	3,2	13	5,2	26	10,5	42	16,9	137	55,2
35. Kabızlıktan yakınırım	10	4,0	6	2,4	7	2,8	16	6,5	40	16,1	169	68,1
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum	9	3,6	3	1,2	10	4,0	33	13,3	58	23,4	135	54,4
37. Diyet yaparım.	15	6,0	12	4,8	9	3,6	44	17,7	52	21,0	116	46,8
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	15	6,0	7	2,8	15	6,0	30	12,1	41	16,5	140	56,5
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	48	19,4	19	7,7	36	14,5	61	24,6	53	21,4	31	12,5
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	11	4,4	4	1,6	4	1,6	14	5,6	34	13,7	181	73,0

Kız öğrencilerin EAT-40 ortalama puanı 18,9±12,5 ve erkek öğrencilerin 15,9±9,2 olarak saptanmıştır. Erkek öğrencilerin 163'ünde (%93,1), kız öğrencilerin 214'ünde (%86,3) yeme davranış bozukluğu saptanmamıştır. Kız öğrencilerin 34'ünde (%13,7), erkeklerin ise 12'sinde (%6,9) yeme davranış bozukluğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan toplam öğrencinin 46'sında (%10,9) yeme davranış bozukluğu gözlenirken 377'sinde (%89,1) yeme davranış bozukluğu gözlenmemiştir. Öğrencilerin yeme davranış bozukluğunun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kız ve erkek öğrenciler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Öğrencilerin yeme davranış bozukluğunun (EAT-40) cinsiyete göre dağılımı

Yeme bozukluğu	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
>30	12	6,9	34	13,7	46	10,9
<30	163	93,1	214	86,3	377	89,1
Toplam	175	100	248	100	423	100
Puanı (X ±SS)	**15,9±9,2**		**18,9±12,5**		**17,7±11,4**	**P=0,009**

p<0,05

BKİ değerleri <18,5 kg/m^2 olan erkeklerin ve kızların sırasıyla 27'sinde (%96,4), 58'inde (%57,9) yeme davranış bozukluğu yokken; erkeklerin 1'inde (%3,6) kızların 8'inde (%42,1) yeme davranış bozukluğu bulunmaktadır. BKİ değerleri 18,5-24,9 kg/m^2 arası olan erkeklerin 105'inde (%91,3), kızların 128'inde (%85,3), toplam öğrencinin 233'ünde (%89,9) yeme davranış bozukluğu gözlenmezken; erkeklerin 10'unda (%8,7), kızların 22'sinde (%14,7), toplam öğrencilerin 32'sinde (%12,1) yeme davranış bozukluğu gözlenmektedir. BKİ değerleri 25,0-29,9 kg/m^2 arası olan öğrencilerin 50'sinde (%94,3) yeme davranış bozukluğu bulunurken 3'ünde (%5,7) yeme davranış bozukluğu bulunmamaktadır (Tablo 23).

Tablo 23. Kız ve erkek öğrencilerin yeme davranış bozukluğunun (EAT-40) BKİ gruplarına göre sınıflandırılması

BKİ grupları	Cinsiyet	Yeme bozukluğu yok		Yeme bozukluğu var	
		Sayı	%	Sayı	%
<18,5 kg/m^2	Erkek	27	96,4	1	3,6
	Kız	58	57,9	8	42,1
	Toplam	85	90,4	9	9,6
18,51-24,9 kg/m^2	Erkek	105	91,3	10	8,7
	Kız	128	85,3	22	14,7
	Toplam	233	89,9	32	12,1
25-29,9 kg/m^2	Erkek	24	96,0	1	4,0
	Kız	26	92,9	2	7,1
	Toplam	50	94,3	3	5,7
30 > kg/m^2	Erkek	7	100	0	0,0
	Kız	2	50,0	2	50,0
	Toplam	9	81,8	2	18,2
Toplam		**377**	**89,1**	**46**	**10,9**

On dört yaşında olan öğrencilerin 63'ünde (%85,1) yeme davranış bozukluğu saptanırken 11'inde (%14,9) yeme davranış bozukluğu saptanmamıştır. On dört yaşındaki erkek öğrencilerin 24'ünde (%85,7), kız öğrencilerin 39'ında (%84,8) yeme davranış bozukluğu bulunurken, erkeklerin 4'ünde (%14,3) kızların 7'sinde (%15,2) yeme davranış bozukluğu bulunmamıştır. On altı yaşında olan öğrencilerin 91'inde (%86,7) yeme davranış bozukluğu saptanırken 14'ünde (%13,3) yeme davranış bozukluğu saptanmamıştır. On altı yaşında olan erkeklerin 38'ünde (%92,7), kızların 53'ünde (%82,8) yeme davranış bozukluğu bulunurken, erkeklerin 3'ünde (%7,3) kızların 11'inde (%17,2) yeme davranış bozukluğu bulunmamıştır. On yedi yaşındaki öğrencilerin 91'inde (%91,9) yeme bozukluğu saptanırken 8'inde (%8,1) yeme bozukluğu saptanmamıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Cinsiyet ve yaşa göre yeme bozukluğu dağılımı

Yaş	**Cinsiyet**	**Yeme bozukluğu yok**		**Yeme bozukluğu var**	
		Sayı	%	Sayı	%
14	Erkek	24	85,7	4	14,3
	Kız	39	84,8	7	15,2
	Toplam	**63**	**85,1**	**11**	**14,9**
15	Erkek	50	96,2	2	3,8
	Kız	63	87,5	9	12,5
	Toplam	**113**	**91,1**	**11**	**8,9**
16	Erkek	38	92,7	3	7,3
	Kız	53	82,8	11	17,2
	Toplam	**91**	**86,7**	**14**	**13,3**
17	Erkek	40	95,2	2	4,8
	Kız	51	89,5	6	10,5
	Toplam	**91**	**91,9**	**8**	**8,1**
18	Erkek	11	91,7	1	8,3
	Kız	8	88,9	1	11,1
	Toplam	**20**	**90,0**	**2**	**10,0**
Toplam		**377**	**89,1**	**46**	**10,9**

Tablo 25'de sınıfa göre yeme bozukluğu dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin yeme bozukluğu dağılımları incelendiğinde 9, 10, 11, 12. Sınıf öğrencilerinin sırasıyla 103'ünde (85,1), 122'sinde (%91,0), 80'inde (%87,0), 71'inde (%94,7) yeme davranış bozukluğu bulunmazken, 18'inde (%14,9), 12'sinde (%9,0), 12'sinde (%15,5), 4'ünde (5,3) yeme

davranış bozukluğu bulunmaktadır. Dokuzuncu sınıfta öğrenim görmekte olan kız öğrencilerin 13'ünde (% 18,3) erkeklerin 5'inde (%10,0) yeme bozukluğu saptanmıştır. On ikinci sınıfta öğrenim görmekte olan erkeklerin 39'unda (%97,5) kızların 32'sinde (%91,4) yeme davranış bozukluğu bulunmamıştır.

Tablo 25. Sınıfa göre yeme bozukluğu dağılımı

Sınıf	**Cinsiyet**	**Yeme bozukluğu yok**		**Yeme bozukluğu var**	
		Sayı	%	Sayı	%
9	Erkek	45	90	5	10
	Kız	58	81,7	13	18,3
	Toplam	**103**	**85,1**	**18**	**14,9**
10	Erkek	52	89,7	6	10,3
	Kız	70	92,1	6	7,9
	Toplam	**122**	**91,0**	**12**	**9,0**
11	Erkek	27	100	0	0,0
	Kız	53	81,5	12	15,5
	Toplam	**80**	**87,0**	**12**	**13,0**
12	Erkek	39	97,5	1	2,5
	Kız	32	91,4	3	8,6
	Toplam	**71**	**94,7**	**4**	**5,3**
Toplam		**377**	**89,1**	**46**	**423**

Tablo 26'da öğrencilerin iştah durumlarına göre yeme davranış bozukluğu dağılımları belirtilmiştir. İştah durumu çok kötü olan erkeklerin 2'sinde (%100), kızların 3'ünde (%42,9) toplam öğrencilerin 5'inde (%55,6) yeme davranış bozukluğu saptanmamıştır. İştah durumu kötü olan öğrencelerin 27'sinde (%90,0) yeme bozukluğu yokken, 3'ünde (%10,0) yeme bozukluğu vardır. İştah durumu çok iyi olan erkelerin 54'ünde (%91,5) kızların 54'ünde (%84,4) toplam öğrencinin 108'inde (%87,8) yeme davranış bozukluğu gözlenmezken erkeklerin 5'inde (%8,5), kızların 10'unda (%15,6), toplam öğrencinin 15'inde (%12,2) yeme davranış bozukluğu gözlenmektedir.

Tablo 26. Öğrencilerin iştah durumlarına göre yeme bozukluğu dağılımı

İştah durumu	Cinsiyet	Yeme bozukluğu yok		Yeme bozukluğu var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çok kötü	Erkek	2	100	0	0,0
	Kız	3	42,9	4	57,1
	Toplam	**5**	**55,6**	**4**	**44,4**
Kötü	Erkek	17	100	0	0,0
	Kız	10	76,9	3	23,1
	Toplam	**27**	**90,0**	**3**	**10,0**
Orta	Erkek	20	100	0	0,0
	Kız	28	82,4	6	17,6
	Toplam	**48**	**88,9**	**6**	**11,1**
İyi	Erkek	70	90,9	7	9,1
	Kız	119	91,5	11	8,5
	Toplam	**189**	**91,3**	**18**	**8,7**
Çok iyi	Erkek	54	91,5	5	8,5
	Kız	54	84,4	10	15,6
	Toplam	**108**	**87,8**	**15**	**12,2**
Toplam		**377**	**89,1**	**46**	**10,9**

Tablo 27'de öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları liseye göre yeme davranış bozukluğunun dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları okullara göre yeme davranış bozuklukları değerlendirildiğinde en fazla yeme bozukluğu %28,3 yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesinde saptanırken ikinci sırada %23,9 ile I.Murat Anadolu Lisesi ve İlhami Ertem Anadolu Lisesinde belirlenmiştir. En az yeme bozukluğu %13,5 oranı ile Süleyman Demirel Fen Lisesinde gözlemlenmektedir.

Tablo 27. Öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları liseye göre yeme davranış bozukluğunun dağılımı

Lise	Yeme bozukluğu yok		Yeme bozukluğu var	
	Sayı	%	Sayı	%
I.Murat Anadolu Lisesi	97	17,8	11	23,9
Edirne Lisesi	81	21,5	10	21,7
Süleyman Demirel Fen Lisesi	51	13,5	1	2,2
Yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesi	93	24,7	13	28,3
İlhami Ertem Anadolu Lisesi	85	22,5	11	23,9
Toplam	**377**	**100**	**46**	**100**

Tablo 28'de öğrencilerin yeme bozukluğu dağılımlarına göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (SS) değerleri verilmiştir. Yeme bozukluğu olmayan erkeklerin vücut ağırlığı ortalama 67±14 kg, boy uzunlukları 175±7 cm, BKI değerleri 21,7±4,7 kg/m^2 olarak bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan kızların vücut ağırlığı ortalama 58±9 kg, boy uzunlukları ortalama 164±6 cm ve BKİ değerleri 21,4±3,6 kg/m^2 olarak bulunmuştur.

Tablo 28. Öğrencilerin yeme bozukluğu dağılımlarına göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (SS) değerleri

Değişkenler		Yeme bozukluğu yok		Yeme bozukluğu var		P değeri
		Erkek	Kız	Erkek	Kız	
Vücut ağırlığı(kg)	$\bar{X}$±SS	67±14	56±10	66±12	58±9	0,443
Boy(cm)	$\bar{X}$±SS	175±7	164±6	174±8	164±6	0,101
BKİ(kg/m^2)	$\bar{X}$±SS	21,7±4,7	20,9±3,4	21,7±2,9	21,4±3,6	0,756

Tablo 29'da öğrencilerin yeme tutumu ile antropometrik ölçüm, revize puanı, yaş ve sınıfları arasındaki ilişki belirtilmiştir. BKİ değeri ile vücut ağırlığı arasında ve boy uzunluğu ile vücut ağırlığı arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). EAT-40 puanı ile revize toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Tablo 29. Öğrencilerin yeme tutumu ile antropometrik ölçüm, RCADS ortalama, yaş ve sınıfları arasındaki ilişki

	Vücut ağırlığı (kg)	Boy (cm)	BKİ (kg/m^2)	RCADS	EAT-40 puanı	Yaş (yıl)	Sınıf
Vücut ağırlığı (kg)							
Boy (cm)	,528*						
BKİ (kg/m^2)	,806*	,052					
RCADS	-,048	-,153*	,066				
EAT-40 puanı	,009	-,085	,073	,476*			
Yaş (yıl)	,193*	,214*	,052	,062	,0003		
Sınıf	,187*	,195*	,075	,043	-,041	,867*	

*$p<0,05$

Yeme bozukluğu olan öğrencilerin 11'i (%22,4) sigara içerken 35'i (%9,4) sigara içmemektedir. Yeme bozukluğu olmayan öğrencilerin 147'si (%86,0) fiziksel aktivite yaparken 230'u (%91,3) fiziksel aktivite yapmadığının belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapma durumu yeme bozukluğuna göre değerlendirildiğinde sonuç istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 30).

Tablo 30. Öğrencilerin yeme davranış bozukluğu ile sigara içme ve fiziksel aktivite durumlarının dağılımı

Değişkenler		Yeme bozukluğu yok		Yeme bozukluğu var		P değeri
		Sayı	%	Sayı	%	
Sigara içiyor mu?	İçiyor	38	77,6	11	22,4	,074
	İçmiyor	339	90,6	35	9,4	,068
Fiziksel aktivite yapıyor mu?	Yapıyor	147	86,0	24	14,0	,047*
	Yapmıyor	230	91,3	22	8,7	,061

*p<0,05

Tablo 31'de ana öğün atlama durumlarına göre yeme bozukluğu dağılımı verilmiştir. Yeme bozukluğu olmayan öğrencilerin 98'i ana öğün atlarken, 279'u atlamamaktadır. Yeme bozukluğu olan öğrencilerin %47,8'i ana öğün atlarken %52,2'si atlamamaktadır. Ana öğün atlayan öğrencilerin EAT-40 ortalama puanı atlamayan öğrencilerin puanına göre istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 31. Ana öğün atlama durumlarına göre yeme bozukluğu dağılımı

Değişken	Ana öğün atlama durumu				P değeri
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
<30	98	26,0	279	74,0	P:0,006
>30	22	47,8	24	52,2	
Puanı (*X* ±SS)	**20,1±11,26**		**16,8±11,28**		

P<0,05

Tablo 32'de öğrencilerin ara öğün atlama durumlarına göre yeme bozukluğu dağılımı verilmiştir**.** Ara öğün atlayan öğrencilerin 319'unda (%84,6) yeme bozukluğu yokken 37'sinde (%80,4) yeme bozukluğu bulunmaktadır.

Tablo 32. Öğrencilerin ara öğün atlama durumlarına göre yeme bozukluğu dağılımı

Değişken	Ara öğün atlama				P değeri
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yeme bozukluğu yok	319	84,6	58	15,4	
Yeme bozukluğu var	37	80,4	9	19,6	
Puanı (*X* ±SS)	**17,5±10,71**		**19,2±14,33**		P:0,259

Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinin toplam puanı incelendiğinde erkeklerde ortalama 43,3±21,19 puan kızlarda 53,5±25,09 puan olarak bulunmuştur (p<0,05). Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinin alt ölçekleri olan AKB, YAB, PB, SF, MDB ölçeklerinin puanları cinsiyete göre istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). PB alt ölçeğinden alınan ortalama puan kızlarda 8,9±6,26 erkeklerde 5,7±4,70 olarak belirlenmiştir. AKB alt ölçeğinde göre kızların ortalama puanı 4,6±3,40, erkeklerin ise 3,4±3,13 olarak saptanmıştır.

Tablo 33. Öğrencilerin cinsiyete göre revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinin toplam puanının ve alt ölçek değerlerinin ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

ÖLÇEKLER	Erkek ($\bar{X}$±SS)	Kız ($\bar{X}$±SS)	P değeri
RCADS	43,3±21,19	53,5±25,09	,000*
Ayrılma kaygı bozukluğu	3,4±3,13	4,6±3,40	,000*
Sosyal fobi	10,7±6,16	12,7±6,05	,001*
Obsesif kompülsif bozukluk	6,2±3,50	7,0±4,81	,068
Panik bozukluk	5,7±4,70	8,9±6,26	,000*
Yaygın anksiyete bozukluğu	7,6±3,56	8,9±4,13	,001*
Majör depresif bozukluk	9,5±6,29	11,2±6,61	,009*

*p<0,05, RCADS: Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği

Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinin ortalama puanı yeme bozukluğuna göre değerlendirildiğinde yeme bozukluğu olmayan öğrencilerin ortalama 46,2±21,78 puan yeme bozukluğu olan öğrencilerde ise 74,4±27,21 puan olarak bulunmuştur (p<0,05). AKB VE SF alt ölçeğine göre yeme bozukluğu olmayan öğrencilerin puan ortalaması sırasıyla 3,9±3,21 ve 11,2±5,78 olarak belirlenmiştir. Yeme bozukluğu olan

öğrencilerin AKB ve SF ölçeğinden puan ortalamaları ise sırasıyla 5,8±3,90 ve 17,3±6,59 olarak saptanmıştır (p<0,05). Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinin alt ölçekleri olan AKB, YAB, PB, SF, OKB, MDB ölçeklerinin puanları yeme bozukluğu varlığına göre istatiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 34. Öğrencilerin yeme bozukluğuna göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ve alt ölçek değerlerinin ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

	Yeme bozukluğu yok ($\bar{X}$±SS)	**Yeme bozukluğu var ($\bar{X}$±SS)**	**P değeri**
RCADS	46,2±21,78	74,4±27,21	,000*
Ayrılma kaygı bozukluğu	3,9±3,21	5,8±3,90	,000*
Sosyal fobi	11,2±5,78	17,3±6,59	,000*
Obsesif kompülsif bozukluk	6,3±3,71	10,1±6,87	,000*
Panik bozukluk	6,9±5,30	13,5±7,14	,000*
Yaygın anksiyete bozukluğu	8,1±3,77	11,6±4,11	,000*
Majör depresif bozukluk	9,8±6,17	16,1±6,74	,000*

*****p<0,05, RCADS: Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği

Tablo 35'te öğrencilerin öğrenim gördükleri liseye göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri verilmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri liseye göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri; I. Murat Anadolu lisesinde 53,1±25,02, Edirne lisesinde 47,8±22,71, Yıldırım Beyazıt Anadolu lisesinde 49,3±26,72 puan olarak saptanmıştır.

Tablo 35. Öğrencilerin öğrenim gördükleri liseye göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

	Sayı	**RCADS ($\bar{X}$±SS)**
1.Murat Anadolu Lisesi	78	53,1±25,02
Edirne Lisesi	91	47,8±22,71
Süleyman Demirel Fen Lisesi	52	77,7±23,74
Yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesi	106	49,3±26,72
İlhami ertem Anadolu Lisesi	96	48,2±21,64
Toplam	**423**	**49,3±24,06**

Tablo 36'da öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri verilmiştir. Dokuzuncu sınıftaki öğrencilerin ölçeğe göre ortalama ve standart sapma değerleri 47,8±21,37, onuncu sınıftaki öğrencilerin 48,9±23,39 ve on ikinci sınıfta öğrenim görmekte olan öğrencilerin 50,3±24,20 olarak belirlenmiştir.

Tablo 36. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

	Revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği ($\bar{X}$±SS)
9.sınıf (n:122)	47,8±21,37
10.sınıf (n: 134)	48,9±23,39
11.sınıf (n:92)	20,7±28,21
12.sınıf (n:75)	50,3±24,20
Toplam (n:423)	**49,3±24,06**

Tablo 37'de öğrencilerin yaşa göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri verilmiştir. Yaşa göre revize edilmiş anksiyete ve depresyon ölçeği ortalama ve standart sapma değerleri; 14 yaşındaki öğrencilerin 45,6±21,48, 16 yaşındaki öğrencilerin 52,0±27,03 ve 18 yaşındaki öğrencilerin 51,0±25,92 olarak belirlenmiştir.

Tablo 37. Öğrencilerin yaşa göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

Yaş	**Sayı**	**RCADS ($\bar{X}$±SS)**
14	74	45,6±21,48
15	124	48,4±23,16
16	105	52,0±27,03
17	99	49,7±23,32
18	20	51,0±25,92

BKİ değeri <18,5 kg/m^2 öğrencilerin puan ortalaması 46,2±21,60 olarak bulunmuştur. BKİ değeri 18,5-24,99 kg/m^2 olan öğrencilerin 50,4±24,67 ve 25,0-29,99 kg/m^2 olanların ise 44,7±18,69'dir. BKİ değeri 30> kg/m^2 olan öğrencilerin puan ortalaması 66,8±39,47 olarak belirlenmiştir. BKİ değeri <18,5 kg/m^2 ve 30>kg/m^2 olan öğrencelerin aldıkları puanlar arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). BKİ değeri >30 kg/m^2 olan

öğrencilerin RCADS ölçeğinden aldıkları ortalama puan, BKİ değeri 25,0-29,99 kg/m^2 arası olan öğrencilerin aldıkları ortalama puandan istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 38. Öğrencilerin BKI değerlerine göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

BKİ değerleri	**Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği ($\bar{X}$±SS)**
<18,5 kg/m^2 (n:94)	46,2±21,60
18,5-24,99 kg/m^2 (n:265)	50,4±24,67
25,0-29,99 kg/m^2 (n:53)	44,7±18,69
30> kg/m^2 (n:11)	66,8±39,47
Toplam (n:423)	**49,3±24,06**

P<0,05

Tablo 39'da öğrencilerin sigara tüketme durumuna göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri verilmiştir. Sigara tüketen öğrencilerin revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğine göre ortalama ve standart sapma değerleri (56,8±23,32), sigara tüketmeyen öğrencilerin değerlerine (49,3±24,06) göre istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 39. Öğrencilerin sigara tüketme durumuna göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

Sigara tüketme durumu	**Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği($\bar{X}$±SS)**	**P değeri**
İçiyor (n:49)	56,8±23,32	
İçmiyor (n:374)	48,3±24,01	
Toplam (n:423)	**49,3±24,06**	0,02

P<0,05

Tablo 40'da öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumlarına göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri verilmiştir. Fiziksel aktivite yapan öğrencilerin revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğine göre ortalama ve standart sapma değerleri (45,7±23,1) fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin değerlerine (51,6±24,42) göre istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 40. Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumlarına göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

Fiziksel aktivite yapma durumu	Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği($\bar{X}$±SS)	P değeri
Yapıyor (n:171)	45,7±23,15	
Yapmıyor (n:252)	51,6±24,42	
Toplam (n:423)	**49,3±24,06**	0,013

P<0,05

Öğrencilerin ruhsal durumlarının iştahlarını etkileme durumlarına göre revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinin ve alt ölçeklerinin standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri incelendiğinde ruhsal durumları iştahlarını etkileyen öğrencilerin revize edilmiş anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları ortalama puan (50,4±24,04), ruhsal durumları iştahlarını etkilemeyen öğrencilerin aldıkları ortalama puandan (43,9±23,58) istatiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). MDB alt ölçeğinde ruhsal durumları iştahlarını etkileyen öğrencilerin ortalama puanları 10,9±6,50 iken iştahlarını etkilemeyen öğrencilerin ortalama puanları 8,4±6,24 olarak saptanmıştır (p<0,05). AKB alt ölçeğinde göre ruhsal durumları iştahlarını etkileyen öğrencilerin ortalama puanı 4,1±3,13, SF ölçeğine göre ise 12,1±6,27 olarak belirlenmiştir. AKB ve SF ölçeğine göre iştahlarını etkilemeyen öğrencilerin puan ortalamaları sırasıyla 4,3±4,18 ve 10,8±5,60 olarak belirlenmiştir (Tablo 41).

Tablo 41. Öğrencilerin ruhsal durumlarının iştahlarına göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

Ölçekler	Ruhsal duruma göre iştah	Sayı	($\bar{X}$±SS)	P değeri
RCADS	Evet	347	50,4±24,04	
	Hayır	76	43,9±23,58	0,034*
Ayrılma kaygı bozukluğu	Evet	347	4,1±3,13	
	Hayır	76	4,3±4,18	0,689
Sosyal fobi	Evet	347	12,1±6,27	
	Hayır	76	10,8±5,60	0,093
Obsesif kompülsif bozukluk	Evet	347	6,7±4,41	
	Hayır	76	6,3±3,93	0,387
Panik bozukluk	Evet	347	7,8±5,99	
	Hayır	76	6,4±5,27	0,056
Yaygın anksiyete bozukluğu	Evet	347	8,5±4,01	
	Hayır	76	7,7±3,65	0,097
Majör depresif bozukluk	Evet	347	10,9±6,50	
	Hayır	76	8,4±6,24	0,002*

*P<0,05 RCADS: Revize edilmiş anksiyete ve depresyon ölçeği

RCADS ölçeğinde göre iştahı çok kötü olan öğrencilerin ortalama puanı 62,6±14,99, kötü olanların 47,0±18,87, orta olanların 51,1±21,92, iyi olanların 49,3±14,31, çok iyi olanların 47,8±26,04 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin iştah durumlarına göre PB alt ölçeğinde iştahı çok kötü olanların ortalaması iştahı orta, iyi ve çok iyi olan öğrencilerin ortalamasına göre istatiksel anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (p<0,05). PB alt ölçeğine göre iştahı kötü olan öğrencilerin ortalaması 6,5±4,29 iştahı çok kötü olan öğrencilerin ortalamasına 14,0±3,27 göre istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). MDB alt ölçeğine göre iştahı çok kötü olan öğrencilerin puan ortalamaları iştahı orta, iyi ve çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. MDB alt ölçeğinde iştahı çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları 10,6±7,13 iken iştahı çok kötü olan öğrencilerin puan ortalamaları 17,6±7,33 olarak saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 42. Öğrencilerin iştah durumlarına göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

Ölçekler	İştah durumu	Sayı	($\bar{X}$±SS)
Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği	Çok kötü	9	62,6±14,99
	Kötü	30	47,0±18,87
	Orta	54	51,1±21,92
	İyi	207	49,3±14,31
	Çok iyi	123	47,8±26,04
	Toplam	423	49,3±24,06
Ayrılma kaygı bozukluğu	Çok kötü	9	5,1±3,33
	Kötü	30	4,8±2,78
	Orta	54	3,7±3,79
	İyi	207	4,1±3,37
	Çok iyi<	123	3,9±3,19
	Toplam	423	4,1±3,34
Sosyal fobi	Çok kötü	9	10,7±4,71
	Kötü	30	11,0±5,85
	Orta	54	12,7±6,07
	İyi	207	12,1±6,14
	Çok iyi	123	11,3±6,44
	Toplam	423	11,8±6,17
Obsesif kompülsif bozukluk	Çok kötü	9	6,7±2,94
	Kötü	30	5,3±3,77
	Orta	54	6,7±4,02
	İyi	207	7,0±4,73
	Çok iyi	123	6,4±3,93
	Toplam	423	6,6±4,33
Panik bozukluk	Çok kötü	9	14,0±3,27
	Kötü	30	6,5±4,29
	Orta	54	7,9±6,07
	İyi	207	7,6±5,94
	Çok iyi	123	7,2±5,98
	Toplam	423	7,6±5,89

Tablo 42. Devam. Öğrencilerin iştah durumlarına göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri

Ölçekler	İştah durumu	Sayı	($\bar{X}$±SS)
Yaygın anksiyete bozukluğu	Çok kötü	9	8,3±2,50
	Kötü	30	7,6±3,70
	Orta	54	8,8±3,38
	İyi	207	8,5±4,14
	Çok iyi	123	8,2±4,03
	Toplam	**423**	**8,4±3,95**
Majör depresif bozukluk	Çok kötü	9	17,6±7,33
	Kötü	30	11,6±7,19
	Orta	54	11,2±6,12
	İyi	207	9,7±5,91
	Çok iyi	123	10,6±7,13
	Toplam	**423**	**10,5±6,52**

P<0,05

TARTIŞMA

Araştırmaya Edirne il milli eğitim müdürlüğüne bağlı beş lisede eğitim görmekte olan 423 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen veriler tartışmalı olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmaya 248 (%58,6) kız, 175 (%41,4) erkek öğrenci dahil edilmiştir. Ayşegül ve Çisemin (2006) yapmış olduğu bir çalışmada 295 erkek (%43,7) ve 380 kız (%56,3) olmak üzere 675 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir (90). Yapılan başka bir çalışmaya da 157 kız (35,2) ve 289 erkek (%64,8) toplam 449 öğrenci katılmıştır (86).

Yapılan bir çalışmada erkek öğrencilerin boyu uzunluğu 1,72±0,85 m kız öğrencilerin boy uzunluğu 1,62±0,06 m olarak bulunmuştur (19). Bu çalışmada ise kız öğrencilerin boy uzunluğu ortalama 164,2±5,82 cm, erkek öğrencilerin boy uzunluğu ise ortalama 175±7,11 cm olarak belirlenmiştir.

Türkiye ve dünya genelinde obezite gün geçtikçe artan önemli bir sağlık sorunudur. Obezitenin değerlendirilmesinde vücut ağırlığı ve BKI değeri kullanılan parametlerdendir (91). Bir çalışmada araştırmaya dahil edilen öğrencilerin vücut ağırlığı ortalamaları erkeklerde 63,72±1,10 kg, kızlarda 54,15±7,56 kg olarak bulunmuştur (19). Bu çalışmada ise erkeklerde vücut ağırlığı ortalaması 67,7±12,87 kg, kızların vücut ağırlığı ortalaması 56,5±9,71 kg olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin BKI değerleri incelendiğinde öğrencilerin; 94'ü (%.22,2) zayıf, 265'i (%.62,6) normal, 53'ü (%12,5) hafif

şişman, 11'i (%2,6) şişman olarak saptanmıştır. Kız öğrencilerin 66'sı (%26,6) zayıf, 150'si (%60,5) normal, 28'i (%11,3) hafif şişman, 4'ü (%1,6) şişman; erkek öğrencilerin 28'i (%16,0) zayıf, 115'i (%65,7) normal, 25'i (%14,3) hafif şişman, 7'si (%4,0) şişman olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ ortalaması 21,3± 3,4 kg/m^2 ve BKİ sınıflamasına göre %29,7'si zayıf, %55,0'ı normal ve %15,3'u şişman olarak saptanmıştır (92). Başka bir çalışmada ise araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değerlerine göre %5,2'sinin ise hafif şişman, %74,8'inin normal, %20'sinin zayıf olduğu belirlenmiş, çalışmada şişman ve obez öğrenci bulunmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada erkek öğrencilerin %8,4'ü hafif şişman, %76,6'sı normal %15,0'i zayıf ve kız öğrencilerin %3,1'i hafif şişman,%73,6'sı normal, %23,3'ü zayıf olduğu belirlenmiştir (19). Bu çalışmadan elde edilen veriler literatürdeki diğer çalışmalarla benzer sonuçlar vermiştir.

Yapılan bir çalışmada öğrencilerin annelerinin ve babaların lise ve üzeri eğitim seviyesi oranı sırasıyla %16,6 ve %45,3 olarak belirlenmiştir (93). Bu çalışmada ise öğrencilerin annelerinin ve babalarının lise mezunu olma durumları sırasıyla 133 (%31,4) ve 140 (%33,1) olarak bulunmuştur.

Çağımızda teknolojinin hızla gelişmesi ve toplumların modernleşmesiyle gençlerin fiziksel aktiviteyi azalttığı ve bu durumunda sedanter yaşam tarzını arttırdığı gözlemlenmektedir. Sedanter yaşam tarzına geçiş enerji harcamasını azaltmakta ve buna bağlı olarak vücut ağırlığında artışa sebep olabilmektedir. Adölesan dönemi öğrencilerde hareketsiz yaşam büyüme ve gelişme süreçlerinde olumsuzluğa neden olmakta ve birçok hastalığın oluşumunu tetiklemektedir (94,33). Bu çalışmada öğrencilerin 171'i (%40,4) düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirtirken 252'si (%59,6) fiziksel aktivite yapmadığını belirtmiştir. Yapılan bu çalışmada fiziksel aktivite yapma durumları ve cinsiyet arasında istatiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin %39,4'ü düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir (95). Yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin %91,3'ünün düzenli fiziksel aktivite yaptığı belirlenirken % %8,7'sinin hiçbir fiziksel aktiviteyi yapmadığı belirlenmiştir (96). Obezitenin altında yatan önemli faktörlerden birisi olan fiziksel aktivitenin artırılması için Sağlık Bakanlığı önemli çalışmalar (Her gün 10 Bin Adım vb.) yapmaktadır. Öğrencilerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi amacıyla uzmanlar tarafında daha fazla eğitimin verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sigara alışkanlığı ergenlik döneminde başlamakta ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde kalıcı hale gelip sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (97). Yapılan bir çalışmada

adölesanların %97,2'sinin sigara kullanmadığı belirtilmiştir (98). Meral ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada öğrencilerin % 3,6'sının sigara kullandığı ve sigara kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (97). Bu çalışmada öğrencilerin 49'unun (%11,6) sigara kullandığı belirtilmiştir.

Adölesan dönemde bireylerin enerji gereksinimi artmakta ve artan bu gereksinimin karşılanması için sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması gerekmektedir. Öğün atlamak öğrencilerde dikkat dağınıklığına ve okul başarısının düşmesine neden olabilmektedir. Özellikle kahvaltının atlanması gün boyu öğrencilerin ders odaklanmasını engelleyebilmekte ve fiziksel büyüme ve gelişmenin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (99,100). Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %76'sının öğün atladığı; erkek öğrencilerin öğün atlama oranlarının %68,4 kız öğrencilerin ise yaklaşık %80 olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada öğün atlayan öğrencilerin %51,9'unun kahvaltıyı, %35,8'inin öğle yemeğini, %12,3'ünün akşam yemeğini atladığı belirlenmiştir (100). Bu çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerim 120'sinin (%28,4) unun öğün atladığı; erkek öğrencilerde öğün atlayan birey sayısı 40 (%22,9), kız öğrencilerde ise 80 (%32,3) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada öğün atlayan öğrencilerin 94'ü (%78,3) kahvaltıyı, 16'sı (%13,3) öğle yemeğini, 10'u (%8,3) akşam yemeğini atladığı belirlenmiştir. Bu çalışmada literatürdeki diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermiş ve en fazla atlanan öğünün kahvaltı olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin düzenli öğün tüketiminin sağlanması ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması amacıyla diyetisyenler tarafından okullarda düzenli beslenme eğitiminin verilerek ailelerin ve öğrencilerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Adölesan dönem de beslenme alışkanlıklarının oluşmasında sosyokültürel, ailesel ve çevresel faktörler etkili olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %28,1'inin öğle yemeği yemediği, öğle yemeği tüketen öğrencilerin ise %10,7'sinin yemekhanede, %51,1'inin okul kantininde, %10,1'nin ise ekmek arası yiyecekleri diğer yerlerde yemekte olduğu belirlenmiştir (12). Bu çalışmada öğrencilerin kahvaltıyı 295'inin (% 69,7) evde, 75'inin (%17,7) okulda, 4'ünün (%0,4) yemekhanede, 49'unun (%11,6) diğer yerlerde; öğle yemeğini 33'ünün (%7,8) evde, 153'ünün (%36,2) okulda, 78'inin (%18,4) yemekhanede, 159'unun (%37,6) diğer yerlerde tükettikleri saptanmıştır. Ailelerin daha fazla iş yaşamına dahil olması ve öğrencilerin arkadaşlarıyla ve çevresiyle daha fazla vakit geçirmesi sonucuyla dışarıda öğün tüketiminin arttığı düşünülmektedir.

Fast-food tarzı besinlerin fazla tüketilmesi bu besinlerin yüksek enerji ve yağ içermesi, vitamin-mineral seviyelerinin yetersiz olması nedeniyle dengesiz beslenmeyle birlikte aşırı vücut ağırlığı artışına ve kronik hastalıkların gelişimine neden olabilmektedir (18). Bu nedenle kantinlerde satılan yiyeceklerin sağlık üzerine etkilerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada öğünler arası tüketilen yiyeceklerin %15,2 bisküvi-kraker-gofret, %16,7 simit-poğaça-tost, %13,0 çay-kahve, %13,3 ile kola ve gazlı içecekler, %14,4 meyve, en az tüketilen yiyeceklerin kuruyemiş, meyve suyu ve cips olduğu belirlenmiştir(19). Bu çalışmada öğünler arası tüketilen yiyecekler değerlendirildiğinde öğrencilerin 124'ünün (%29,3) simit-poğaça-tost, 32'sinin (%7,6) cips, 115'inin (%27,5) meyve, 48'inin (%11,3)yoğurt-süt-ayran, 45'inin (%10,6) bisküvi-kraker-gofret grubu yiyecekleri tercih ettikleri saptanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar yapılan diğer çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir.

İştah besinlere karşı gösterilen istek olarak tanımlanmaktadır. Daha önce tüketilen bir yiyecekle ilgili deneyimlerden, yiyeceğin görüntüsünden olumlu veya olumsuz şekilde etkilenebilmektedir (100). Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %14,2'sinin iştah durumlarında değişiklik yaşamadığı, %86'sının değişiklik yaşadığı belirlenmiştir. Kız öğrencilerin %48,8'inin iştahının azaldığı, %39,9'unun iştahının arttığı geri kalan kısmında değişiklik gözlenmediği saptanmıştır(100). Bu çalışmada öğrencilerin 347'si (%82) ruhsal durumlarının iştahlarını etkilediğini belirtirken 76'sı (%18) etkilemediğini belirtmiştir. Adölesan dönemde bireyin ruhsal durumunda ve fizyolojik yapısında meydana gelen değişimlerle iştah durumu da değişiklik gösterebilmektedir.

Yüksek morbitite ve mortalite oranlarına sahip yeme bozuklukları; bireyin yemek yeme, vücut ağırlığı ve beden algısıyla ilgili davranış ve düşüncelerinde bozulmayla karakterize yaşamı tehdit eden psikiyatrik rahatsızlıklardandır (40,101). Bilişsel, fiziksel ve sosyal olarak gelişimin arttığı bir dönem olan adölesan dönemde yeme davranışı şekillendiği için yeme bozukluğu görülme riski diğer dönemlere göre daha fazladır (15). Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan erkek öğrencilerin %0,6'sı yeme bozukluğu davranışı için risk taşırken, kız öğrencilerin %7,5'u yeme bozukluğu açısından risk göstermiş ve araştırma sonucunda kız öğrencilerde yeme bozukluğu riskinin erkek öğrencilere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (102). Yapılan başka bir çalışmada yeme bozukluğu riski araştırmaya katılan tüm bireylerde %18,3, kızlarda %21,3, erkelerde ise %7,1 olarak saptanmıştır (93). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %8,6'sının yeme davranışı açısından risk taşıdığı; cinsiyete göre ise kızlarda %10,9 erkelerde % 6,2 olduğu saptanmıştır (92). Bu çalışmada

araştırmaya katılan öğrencilerin 46'sında (%10,9) yeme davranış bozukluğu gözlenirken 337'sinde (%89,1) yeme davranış bozukluğu saptanmamıştır. Bu çalışmada kızlarda yeme bozukluğu ortalama puanı (18,9±12,5) erkeklerin puanına (15,9±9,2) göre istatiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kızlarda daha yüksek olarak çıkmasının nedeni beden algısında değişmeler, toplumsal normlar, vücut gelişimi ve estetik kaygı, zayıflığın güzellik olarak algılanması, yanlış beslenme uygulamaları gibi durumlar olabilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermiştir.

Yapılan bir çalışmada 14-16 yaş arasındaki öğrencelerin %91,3'ünde olumlu yeme tutumu, %8,7'sinde olumsuz yeme tutumu belirlenmiştir. Aynı çalışmada 17-19 yaş arası öğrencilerin % 91,5'inde olumlu yeme tutumu %8,5'inde olumsuz yeme tutumu saptanmış olup yaş ve yeme tutumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (92). Bu çalışmada ise 14 yaşındaki öğrencilerin 63'ünde,17 yaşındaki öğrencilerin 91'inde yeme bozukluğu yokken; 14 yaşındaki öğrencilerin 11'inde, 17 yaşındaki öğrencilerin 8'inde yeme bozukluğu bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu çalışmada diğer çalışmalarla benzer sonuçlar vermiş olup yaş ile yeme bozukluğu arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yeme bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmekle birlikte başlangıç yaşı olarak ergenlik dönemi belirtilmektedir (90). Adölesan dönemi bireylerin yeme davranışını etkileyen en önemli faktörlerden bir tanesi BKİ'dir. Normal vücut ağırlığında olan bireyler ile kıyaslandığında fazla vücut ağırlığına sahip ya da obez bireylerde yeme bozukluğu riskinin 2 kat fazla olduğu belirtilmiştir (102). Yapılan bir çalışmada BKİ sınıflandırılmasına göre zayıf olan bireylerin yeme bozukluğu riski %6,1, normal olan bireylerin %8,9 ve obez olan bireylerin ise %12,4 olarak belirlenmiştir (92). Yapılan başka bir çalışmada yeme bozukluğu açısından risk taşıyan bireyler BKİ açısından değerlendirildiğinde %7,1 inin kilolu, %7,1 inin zayıf %85,7 sinin normal olduğu ve BKİ ile yeme bozukluğu arasında ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (15) ($p>0,05$). Bu araştırmada yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin 9'unun (%9,6) zayıf, 32'sinin (%12,1) normal BKİ değerlerinde olduğu saptanmıştır. Yeme davranış bozukluğu bulunmayan öğrencilerin 50'sinin (%91,3) hafif şişman ve 85'inin (%90,4) zayıf olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada BKİ ve yeme davranış bozukluğu arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Sigara tüketme alışkanlığı genellikle adölesan dönemi başlamakta ve sağlığı tehdit etmektedir (103). Ergenlerde özellikle öğün atlamak, yüksek basit karbonhidratların tüketimi, yağlı ürünlerin aşırı tüketimi, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, sigara tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite ve duygusal durumlar yeme bozukluğu riskini artırmaktadır (31). Alaattin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içme alışkanlığı ile yeme davranış bozukluğu arasında istatiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (103). Bu çalışma yapılan diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermiş ve sigara tüketim durumu ve yeme davranış bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel aktivitenin gençlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimlerini olumlu yönde etkilediği ve bireylerin sağlıklı bir yetişkin olmalarına katkı sağladığı bilinmektedir (21). Özellikle ergenlik döneminde fiziksel aktivite yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması yağsız vücut kütlesinin korunması açısından önemli bir yere sahiptir (31). Bu çalışmada yeme bozukluğuna göre fiziksel aktivite durumları değerlendirildiğinde fiziksel aktivite yapanların 147'sinde (%86,0) yeme bozukluğu olamadığı, 24'ünde (%14,0) yeme bozukluğu bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu çalışmada öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumları ve yeme davranış bozukluğu arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Adölesan dönemi bireylerde düzensiz yemek yemek, öğün atlamak ve öğünler arasında sağlıksız besin tüketimi karşılaşılan beslenme hatalarındandır. Günlük besinlerle alınan enerjinin üç ana öğün ve ara öğünler arası dengeli dağılımıyla sağlanması gerekmektedir (99,100). Betül Sarıdağ'ın yaptığı çalışmada yeme bozukluğu olan öğrencilerin 340'ı (%84,8) öğün atlarken, 61'i (%15,2) öğün atlamadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada yeme bozukluğu olmayan öğrencilerin 87'si (%82,9) öğün atlarken 18'i (%17,1) öğün atlamadıklarını belirtmiştir (33) ($p>0,05$). Bu çalışmada ana öğün atlayan öğrencilerin EAT-40 puanı 20,1±11,26 atlamayan öğrencilerin ise 16,8±11,28 olarak saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada yeme davranış bozukluğu ile ana ve ara öğün atlama durumları açısından fark anlamlı olarak bulunmuştur($p<0,05$). Bu çalışma diğer çalışmalarla farklı sonuçlar göstermiş olup ana öğün atlayan öğrencilerde yeme bozukluğu riskinin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Adölesan dönemde artan sınav kaygısı, psikolojik ve fizyolojik değişimler, ailesel faktörler öğrencilerde depresyon oluşmasına ve şiddetinin artmasına neden olabilen durumlardandır (6). Yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin depresyon ölçeğinden aldıkları ortalama puan 9,68±4,84 olup cinsiyetler arasında depresyon durumu açısından istatiksel

olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (6). Yapılan başka bir çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin 141'inde (%17,5) depresyon varlığı saptanmıştır. Aynı çalışmada kız öğrencilerin çocuk depresyon ölçeğinden aldıkları puan 12,07±6,72 iken erkek öğrencilerde bu ortalama 10,77±7,08 olarak saptanmış ve cinsiyetler arasında oluşan bu puan farkı istatiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir (69) ($p<0,01$). Ümit ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kız öğrencilerin 759'unda (%56,6), erkek öğrencilerin 583'ünde (%43,4) depresyon saptanmıştır (74) ($p<0,05$). Bu çalışmada öğrencilerin revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği ve alt ölçeklerine göre puanları incelendiğinde elde edilen puanlar cinsiyete göre istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). RCADS ölçeğine göre kız öğrencilerin ortalama puanı 53,5±25,09 iken erkeklerde bu puan 43,3±21,19 olarak saptanmış ve cinsiyetler arasında oluşan puan farkı istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kız öğrencilerde depresyon puanının daha fazla olmasında hormonal ve çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Bu çalışma literatürdeki diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermiştir.

Adölesan dönemde depresyon, beden algısında değişimler yeme davranış bozukluğuna neden olabilmektedir. Depresyon yeme bozukluklarına en sık eşlik eden psikolojik rahatsızlıklardan bir tanesidir. Yapılan bir çalışmada depresyonun yeme bozukluğu olan bireylerde %40-45 oranında gözlendiği belirlenmiştir (32). Bu çalışmada öğrencilerin RCADS ölçeği ve bu ölçeğin alt ölçek puanları yeme bozukluğu açısından değerlendirildiğinde istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yeme davranış bozukluğu bulunmayan bireylerin AKB, SF VE OKB puan ortalamaları sırayla 3,9±3,21, 11,2±5,78 ve 6,3±3,71 olarak bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan öğrencilerde ise AKB, SF VE OKB puan ortalamaları ise sırayla 5,8±3,90, 17,3±6,59 ve 10,1±6,87 olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerde yeme davranış bozukluğunun varlığı psikolojik durumlarını etkileyerek depresyon eğilimini artırmakta ve sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yeme bozuklukları sıklıkla; depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi diğer psikolojik bozukluklarla ilişkilidir (92). Bu çalışma yapılan diğer çalışma ile benzer sonuçlar göstermiş olup yeme bozukluğu olan bireylerde depresyon görülme oranının fazla olduğu düşünülmektedir.

Lise öğrencilerinde en fazla strese ve depresyona neden olan faktörlerin gelecek ve meslek kaygısı olduğu bilinmektedir. Son sınıflarda depresyon görülme oranının lise birinci ve ikinci sınıflara göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada lise birinci sınıf öğrencilerinde orta ve şiddetli düzeyde depresyon oranı %16,94, ikinci sınıf

öğrencilerde %6,94 ve üçüncü sınıf öğrencilerde %23,96 olarak saptanmıştır (68) ($p<0,05$). Bu çalışmada sınıflara göre depresyon durumunda 10. sınıf öğrencilerinde ortala puan 48,9±23,39 iken 11. sınıf öğrencilerinde 20,7±28,21 olarak bulunmuştur. Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ve öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin yaşam tarzı, beslenme alışkanlığı, yaş, cinsiyet, duygudurum değişikliklerinin depresyon düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada RCADS ölçeğine göre 15 yaşındaki 124 öğrencinin ortalama puanı 48,4±23,16, 17 yaşındaki 99 öğrencinin ortalama puanı ise 49,7±23,32 olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ise çocuklar için depresyon ölçeğinden aldıkları ortalama puan 15 yaş altındaki öğrencilerin 13,26±6,61, 16 yaşındaki öğrencilerin 13,78±6,04 ve 17 yaşındaki öğrencilerin 13,37±7,11 olarak bulunmuştur (104) ($p>0,05$). Bu çalışma yapılan diğer çalışma ile benzer sonuçlar göstermiş olup yaş ile depresyon arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yapılan bir çalışmada sigara içmeyen 556 öğrencinin çocuk depresyon ölçeğinden aldığı puan 13,08±6,38 iken ara sıra sigara tüketen 32 öğrencinin aldığı puan 16,78±6,80 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada sigara tüketme durumları ve depresyon durumları arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (104) ($p<0,001$). Bu çalışmada ise sigara tüketen 49 öğrencinin RCADS ölçeğinden aldığı puan ortalaması 56,8±23,32, sigara tüketmeyen 374 öğrencinin puan ortalaması ise 48,3±24,01 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan bu çalışma literatürdeki diğer çalışmalarla benzer sonuçlar vermiş olup sigara tüketme alışkanlığı olan öğrencilerde depresyon varlığı daha fazla olarak bulunmuştur.

Fiziksel aktivite yaşam sürecinde iskelet kasları kullanılarak yapılan ve bunun sonucunda enerji harcaması gözlenen tüm vücut hareketleridir (105). Fiziksel aktivite adölesan dönemde bireylerin sorunlarıyla baş etmesinde, akademik durumunun iyileşmesinde, kişiler arası ilişkilerinin artmasına, sosyal güvensizliklerinin azalmasına ve depresyon sıklığının azalmasına yardımcı olabilmektedir (106). Yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite durumu inaktif olan bireylerin depresyon puan ortalaması 15,89±9,66, minimal inaktif bireylerin 6,68±7,73 ve çok aktif olan bireylerin 9,86±5,79 olarak saptanmıştır (107) ($p<0,05$). Bu çalışmada fiziksel aktivite yapan 171 öğrencinin RCADS ölçeğinden aldığı ortalama puan 45,7±23,15 iken fiziksel aktivite yapmayan 252 öğrencinin ortalama puanı

51,6±24,42 olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu çalışma diğer çalışma ile benzer sonuçlar göstermiştir.

Bireylerin yaşam tarzı değişiklikleri, mesleki stresin varlığı, iştahı azaltan hastalıkların bulunması ve travmalar da yeme bozukluklarına ve depresyona neden olabilmektedir (72). İştah durumu birçok faktörden etkilenmekte olup bireylerde depresyonun varlığı iştah üzerine etki edebilmektedir. Yapılan bir çalışmada üzüntülüyken iştahı azalan birey sayısı 289 (%68,0) iştahı artan bireylerin sayısı ise 39 (%9,2) olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada sevinçliyken iştahı azalan 47 kişi iştahı artan ise 207 kişi olduğu belirlenmiştir (108) ($p<0,05$). Bu çalışmada ruhsal durumları iştahlarını etkileyen öğrencelerin MDB alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 10,9±6,50 iken iştahını etkilemeyen öğrencelerin ortalama puanı 8,4±6,24 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmada literatürdeki diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermiştir.

Bu çalışmada diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermiş olup adölesan dönem yeme bozukluğu açısından risk oluşturmakta olup kızlarda erkeklere oranla daha fazla yeme bozukluğu gözlenmektedir. Depresyon genellikle ergenlik döneminde başlamakta olup bireylerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen beslenme durumları, iştahları ve fizyolojik gelişimleri üzerine olumsuz etkiler gösteren bir rahatsızlık olarak karşımıza çıkmaktadır.

SONUÇLAR

Sonuç

Araştırmaya Edirne il merkezindeki 5 lisede dokuzuncu, onuncu, on birinci ve on ikinci sınıflarda öğrenim görmekte olan 248'i kız, 175'i erkek olmak üzere toplam 423 öğrenci katılmıştır.

- Araştırmaya katılan öğrencilerin 78'i 1.Murat Anadolu Liseli, 91'i Edirne Lisesi, 52'si Süleyman Demirel Fen Lisesi, 106'sı Yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesi ve 96'sı İlhami Ertem Anadolu Lisesi öğrencisidir.
- Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları kızlarda 15,6±1,13 yıl; erkeklerde ise 15,8±1,20 yıldır.
- Kız öğrencilerin boy uzunluğu ortalaması 164,2±5,82 cm, erkek öğrencilerin ise 175,0±7,11 cm'dir.
- Kız öğrencilerin vücut ağırlığı ortalaması 56,5±9,71 kg, erkek öğrencilerin 67,7±12,87 kg'dır.
- Kız öğrencilerin babaların 55'i işçi, 74'ü memur, 38'i emekli, erkek öğrencilerine babalarının 47'si işçi, 50'si memur, 26'sı emeklidir. Kız öğrencilerin annelerin 45'i işçi, 30'u memur, 21'i emekli, erkek öğrencilerin annelerin 19'u işçi, 22'si memur, 15'i emeklidir.
- Öğrencilerin annelerin 8'i okur-yazar değilken, 104'ü ilkokul mezunu, 133'ü lise mezundur. Öğrencilerin babalarının 1'i okur-yazar değilken 60'ı ilkokul mezunu, 140'ı lise mezunudur.

- Kız öğrencilerin BKİ ortalaması 20,9±3,59 kg/m^2 erkek öğrencilerin ise 21,8±4,61 kg/m^2'dir (p>0,05).
- Öğrencilerin BKİ değerleri ve vücut ağırlığı arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).
- Erkek öğrencilerin %54,9'u fiziksel aktivite yaparken kız öğrencilerin %30,2'si fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir (p<0,05).
- Kız öğrencilerin 24'ü sigara kullanırken erkek öğrencilerin 25'i sigara kullanmaktadır.
- Erkek öğrencilerin 40'ı, kız öğrencilerin 80'i ana öğün atlamaktadır (p<0,05). Ana öğün atlayan erkek öğrencelerin %75'i kız öğrencilerin ise %80'i kahvaltıyı atladığını belirtmiştir.
- Öğrencilerin 9'unun iştahının çok kötü, 30'unun kötü, 207'sinin iyi,123'ünün çok iyi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %45,4'ü yemeklerden önce iştah durumlarının iyi olduğunu belirtmiştir.
- Kız öğrencelerin 121'inin, erkek öğrencilerin ise 62'sinin iştahlarının okul başarısını etkilediği saptanmıştır (p<0,05).
- Öğrencilerin %10,9'unda yeme bozukluğu riski bulunurken %89,9'unda yeme bozukluğu riski bulunmamıştır. Erkek öğrencilerin 12'sinde, kız öğrencilerin ise 34'ünde yeme bozukluğu riski bulunmuştur (p<0,05).
- Yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin 11'i 1.Murat Anadolu Lisesi,10'u Edirne Lisesi, 1'i Süleyman Demirel Fen Lisesi, 13'ü Yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesi ve 11'i İlhami Ertem Anadolu Lisesi öğrencisi olup liseler arasında yeme davranış bozukluğu görülmesi açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Ana öğün atlayan 98 öğrencide yeme davranış bozukluğu yokken 22 öğrencide yeme davranış bozukluğu bulunmaktadır (p<0,05).
- Yeme davranış bozukluğu olan 37 öğrenci ara öğün atlarken 9 öğrenci ara öğün atlamamaktadır.
- Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinin puan ortalaması erkek öğrencilerde 43,3±21,19, kız öğrencilerde 53,5±25,09 olarak saptanmıştır (p<0,05)
- Yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerde AKB, PB, YAB ortalama puanları sırasıyla, 5,8±3,90, 13,5±7,14, 11,6±4,11 olarak saptanmıştır. Yeme davranış bozukluğu olmayan öğrencilerde ise AKB, PB, YAB ortalama puanları sırasıyla, 3,9±3,21, 6,9±3,71, 8,1±3,77olarak bulunmuştur (p<0,05).

- Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğine göre fiziksel aktivite yapan öğrencilerin puan ortalaması 45,7±23,15 iken yapmayan öğrencilerin puan ortalaması 51,6±24,42 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).
- Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğine göre sigara tüketen öğrencelerin puan ortalaması (56,8±23,32) ve tüketmeyen öğrencilerin puan ortalaması (48,3±24,01) arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Ruhsal durumları iştahlarını etkileyen öğrencilerin 347'sinin revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğine göre puan ortalaması 50,4±24,04 iştahlarını etkilemeyen 76 öğrencinin puan ortalaması 43,9±23,58 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).
- MDB alt ölçeğinde göre iştahı çok kötü olan öğrencelerin puan ortalamaları (17,6±7,33) iştahı çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamalarından (10,6±7,13) istatiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Öneriler

- Yeterli ve dengeli beslenme yaşamın her döneminde önemli olmakla birlikte adölesan dönemi besleneme alışkanlıklarının kazanıldığı dönemdir. Bu nedenle yeterli ve dengeli beslenmenin bu dönemde sağlanması ve yaşam şekli haline getirilmesi gerekmektedir.
- Öğrencilere sağlıklı beslenme ile ilgili uzmanlar tarafından uygun eğitimler düzenli aralıklarla verilmelidir.
- Vücut ağırlığı korunması ve sağlık problemlerin en aza indirilmesi amacıyla öğrencilere fiziksel aktivitenin önemi anlatılmalı ve okullarda öğrencileri fiziksel aktiviteye teşvik edecek uygulamalar yapılmalıdır.
- Lise öğrencilerinde sigara tüketme alışkanlığı yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek birçok hastalığın temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle öğrencilere sigara tüketiminin zararları detaylı olarak anlatılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.
- Okullarda satılan yiyeceklerin türü ve sağlık üzerine etkileri değerlendirilmeli ve zararlı ürünlerin satımı durdurulmalıdır.
- Yaygın olarak adölesan dönemde görülmekle birlikte yeme bozuklukları bireylerin sosyal ve fiziksel gelişimlerini olumsuz etkilemektedir. Bu dönemde ortaya çıkan yeme bozuklukları öğrencilerde birçok hastalığın oluşmasına neden olabilmektedir. Yeme bozukluğu olan öğrencilerin erken tanı ve tedaviyle var olan

komplikasyonlarının ve beslenme durumlarının en kısa süre içerisinde düzeltilmesi gerekmektedir.

- Yeme bozuklukları tedavisinin oldukça kompleks ve uzun süren bir tedavi olduğu unutulmamalı ve hastalar tedavi bittikten sonra bile düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- Lise öğrencilerinde depresyon görülme oranı oldukça yüksektir. Stres, akademik sorunlar, psikolojik ve fizyolojik değişimler depresyona olan yatkınlığı artırmaktadır. Öğrencilerde var olan depresyonun nedenleri araştırılmalı ve uygun tedavi planlanmalıdır.
- Depresyonun tüm dünyada görülme oranın hızla yükselmesi, tıbbı ve psikolojik birçok soruna neden olabilmesi, intihara sebep olabilmesi, bireylerin yaşam kalitesini düşürmesi nedeniyle tedavisi oldukça önemlidir.
- Ülkemiz ve dünyada ergenlerin yeme tutumu ve depresyon durumları ile ilgili yapılmış çalışmalar olasına rağmen bu konuyu detaylı olarak araştıracak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÖZET

Bu çalışma lise öğrencelerinin yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya 1. Murat Anadolu Lisesi, Edirne Lisesi, Yıldırım Beyazıt Anadolu Lisesi, İlhami Ertem Anadolu Lisesi ve Süleyman Demirel Fen Lisesinde öğrenim gören 175'i erkek 248' kız olan 423 öğrenci dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen öğrencilere yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak dört bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Ankette öğrencilerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla demografik anket, beslenme durumları ve iştah düzeylerini saptamak amacıyla beslenme alışkanlıkları ve iştah durumları anketi, yeme bozukluğu varlığının tespit edilebilmesi için yeme tutum testi (EAT-40) ve ruhsal durumlarını belirleyebilmek için revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği yer almaktadır. Araştırmaya katılan araştırmaya katılan öğrencilerin vücut ağırlığı ortalaması erkeklerde 67,7±12,87 kg, kızlarda ise 56,5±9,71 kg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek öğrencilerin BKİ ortalaması 21,8±4,61 kg/m^2, kızların BKI ortalaması 20,9±3,59 kg/m^2 olarak saptanmıştır ($p>0,05$). Kız öğrencilerin %32,3'ü ana öğün atlarken erkek öğrencelerin %22,9'u ana öğün atlamaktadır ($p<0,05$). Kız öğrencilerin 121'i ve erkek öğrencilerin 62'si iştahlarının okul başarısını etkilediğini belirtmiştir ($p<0,05$).

Öğrencilerin yeme tutum testine (EAT-40) verdikleri yanıtlara göre kız öğrencilerin 34'ünde erkek öğrencilerin 12'sinde yeme bozukluğu bulunmaktadır ($p<0,05$). Sigara kullanan 38 öğrencide yeme bozukluğu yokken, 11 öğrencide yeme bozukluğu bulunmaktadır

(p<0,05). Yeme bozukluğu bulunmayan 98 öğrenci ana öğün atlarken 279 öğrenci ana öğün atlamadığını belirtmiştir (p<0,05). Revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinden alınan ortalama puan kızlarda 53,5±25,09 iken 43,3±21,19 olarak bulunmuştur. (p<0,05). Yeme tutum testi ölçeği ve revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Sigara kullanan öğrencilerin revize dilmiş anksiyete ve depresyon ölçeğine göre puan ortalamaları 56,8±23,32, kullanmayan öğrencilerin ise 48,3±24,01 olarak saptanmıştır (p<0,05). Sonuç olarak; Lise öğrencilerinin yeme davranışı yaş, kilo, cinsiyet, sosyo-kültürel özellikler, ruh hali, iştah durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu çalışmada lise öğrencilerinde depresyon ve yeme bozukluğu arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Ülkemizde öğrencilerin yeme tutumları ve ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Yeme bozukluğu, adölesan, depresyon, iştah

THE EVALUATION OF RELATIONSHİP BETWEEN EATING ATTİTUDES, MENTAL STATUS AND APPETITES OF HIGH SCHOOL STUDENTS

SUMMARY

This study was conducted to evaluate the relationship between eating attitudes, mental status and appetites of high school students. 423 students (175 male, 248 female) from Murat High School, Edirne High School, Yıldırım Beyazıt Anatolian High School, İlhami Ertem Anatolian High School and Süleyman Demirel Science High School were included in the study. The students who accepted to be involved in the study filled out a questionn aire form consisting of four section the face to face interview. “Demographic questionn aires” was applied to the students in order to evaluate demographic characteristics; “Dietary Habitsand Appetites Questionnaire” to evaluate of their nutritional status and appetitelevels; “Eating Attitudes Test” (EAT-40) to determine eating attitudes and behaviors of patients;“Revised Children's Anxiety and Depression Scale” to determine their mental state. The body weight of the students who participated in the study was found as 67,5±12,87 kg in males and 56,5±9,71 kg in females ($p<0,05$). The mean body mass index of male students was 21,8±4,61 kg/m^2 and the mean body mass index of girls was 20,9±3,59 kg/m^2 ($p>0,05$). 32.3% of female students and 22,9% of male students do not eat main meals ($p<0,05$). 121 of the female students and 62 of the male students stated that their appetite affected the School success ($p <0,05$).

According to their responses to the eating attitude test (EAT-40), 34 of the female students and 12 of the male students had eating disorders ($p < 0,05$). There were no eating disorders in 38 students they are smoking and 11 students who they are smoking had eating disorders ($p < 0,05$). Revised Children's Anxiety and Depression Scale mean score was 53,5 ± 25,09 in girls and 43,3±21,19 in boys ($p<0,05$). There was a positive correlation between eating attitude test scale and Revised Children's Anxiety and Depression Scale ($p<0,05$). Insmokers and nonsmokers, Revised Children's Anxiety and Depression Scale mean score were 56,8±23,32 and 48,3±24,01 respectively. As a result, The eating behavior of high school students is influenced by many factors such as age, weight, gender, socio-cultural characteristics, mood, and appetite. In this study, a positive relationship was found between high school students depression and eating disorder. Further studies are needed to determine the eating attitudes and mental status of students in our country.

Key words: Eating disorder, adolescent, depression, appetite

KAYNAKLAR

1. Zastrow C, Karen K, Kirst-Ashman (çeviri: E. Türkeren). İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre I. Ankara: Nika Yayınevi;2016. s.397-405.

2. Baysal A. Beslenme. Beslenme (On Üçüncü Baskı). Ankara:Hatipoğlu Yayınları;2011. s. 9-18.

3. Demirdöğen E. 12-18 Yaş Aralığındaki Ergenlerde Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu İle Ayrılma-Bireyleşme Süreci Arasındaki İlişki (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2015.

4. Varlık Özsoy E. Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. International Journal of Social Sciences and Education Research 2017;3(1):255-266.

5. Uzun N. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon İle Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu ve Risk Faktörleri (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı; 2014.

6. Adana F, Uluman Ö, Arslantaş H, Ergin F. İlköğretim Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(1):1-8.

7. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etval Hastanesi Tıp Bülteni 2011;45(2):65-73.

8. Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. Turkish Family Physician 1999;3(2):10-15.

9. Altay M, Cabar H, Altay B. Adölesan Döneminde Beslenme ve Okul Sağlığı. Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2018;2(1):173-178.

10. Koç M. Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;17(2):231-256.

11. Baysal A. Diyet El Kitabı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları;2011.s.5-15.

12. Kayapınar F, Aydemir R. Lise Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının İncelenmesi. International Journal Of Science Culture And Sport2014;2(1):21-38.

13. Özcebe H. Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002;11(10):374.

14. Aslan D, Gürtan E, Hacım A, Karaca N, Şenol E, Yıldırım E. Ankara'da Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Bir Lisenin İkinci Sınıfında Okuyan Kız Öğrencilerin Beslenme Durumlarının ve Bazı Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirmeleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;25(2):55–62.

15. Uzdil Z, Özenoğlu A, Ünal G. Lise Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik ve Demografik Özellikleri İle İlişkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;7(1):11-18.

16. Palandüz A. Çocukluk Çağında Beslenme. Turkish Family Physician 1998;2(1):20-24.

17. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005;14(8):174.

18. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri Ve Vücut Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2011;5(3):264-270.

19. Balkış M. Lise Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları, Probiyotik Süt Ürünleri Tüketim Sıklıkları ve Bilgilerinin Belirlenmesi: Kulu Örneği (tez). Konya; Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı; 2011.

20. Ok E. Lise Öğrencilerinin Fast-Food Tüketim, Tutum ve Davranışlarının Obeziteye Etkisi (tez). İstanbul; İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Antrenörlük Anabilim Dalı; 2018.

21. Türkiye Beslenme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara:2016.

22. Günlü Z. Okul Çağı Çocuklarının Besin Seçimi ve Beslenme Davranışları Üzerinde Reklamların Etkisi (tez). Konya; Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve ev Yönetimi Anabilim Dalı; 2010.

23. Köseoğlu S, Tayfur A. Adölesan Dönemi Beslenme ve Sorunları Derleme. Güncel Pediatri Jcp 2017;15(2):50-62.

24. Mercanlıgil S, Dağ A. Hastalıklarda Diyet Tedavisi. İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını;2013:305-310.

25. Arslan P. Çocukluk ve Adölesan Çağı Şişmanlığın Diyet Tedavisi İlkeleri. Turkish Journal Of Endocrinology And Metabolism 2003;2(1):27-32.

26. Rakıcıoğlu N, Gülhan S, Başoğlu S. Diyetisyenler için hasta izlem rehberi ağırlık yönetimi el kitabı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı;2017.s.103-133.

27. Kahraman G. Vitamin ve minerallerin diş hekimliğindeki Önemi. Gümüşhane üniversitesi diş hekimliği dergisi 2003;20(1):51-56.

28. Ertan T. Ergenlerde Beslenme Derleme. Türk Pediatri Arşivi 2011;46:49-53.

29. Merdol T. Vitamin ve mineral kaynakları. Türkiye klinikleri pediatrik bilimler 2006;2(11):12-25.

30. Albayrak S, Çelebi C, Taşkın Ü, Şaşmaz S, Çiçek S. Bir Meslek Lisesinde Öğle Yemeğine Ulaşmada Zorluk Yaşayan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;15(1):21-25.

31. Akbulut G. Vücut Ağırlığı Denetimi: Obezite ve Yeme Bozukluklarında Tıbbı Beslenme Tedavisi. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi;2016. s.75-110.

32. Vardar E. Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22:1-7.

33. Sarıdağ B. Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları İle Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi (tez). Ankara; Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2014.

34. Sönmez A. Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2017;9(3):301-316.

35. Öyekin D, Şahin E. Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. Türk Aile Hekimleri Dergisi 2011;15(1):29-35.

36. Aytaç H, Hocaoğlu Ç. Bulimiya Nervoza İle Birlikte Yaşamak: Bir Vaka Sunumu. Journal Of Mood Disorders 2016;6(3):158-163.

37. Oğur S, Aksoy A, Selen H. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi 2016;5(1):14-26.

38. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum 2008;6(2):25-30.

39. Kuruoğlu A. Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. Klinik Psikofarmokoloji Bülteni 2000;10:32-37.

40. Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları İle Yeme Tutumları arasındaki İlişki. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013;12(5):519-528.

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

42. Ertekin B. Yeme Bozukluğu Hastalarında Aile Ortamının ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul; İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı; 2010.

43. Perçinel İ, Yazıcı K, Bilaç Ö, Köse S, Özbaran B. Anoreksiya Nervozalı Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Biliş Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(2):178-189.

44. Amerikan psikiyatri birliği (Çeviri: E.Köroğlu) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5. İstanbul; Hekimler yayın birliği;2015. s.1-1133.

45. Okumuş F, Berk H, Yücel B. Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu ve Yordayıcıları. Psikoloji Çalışmaları 2016;36(1):41-64.

46. Vardal E. Yeme Tutumu: Bağlanma Stilleri ve Geştalt Temas Biçimleri Açısından Bir Değerlendirme (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı; 2015.

47. Güneş K, Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları Ve Yeme Bağımlılığının Farklı Kişilik Özelliklerine ve Psikiyatrik Belirtilere İlişkisinin İncelenmesi (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2015.

48. Eker E. 2005 Yılında İstanbul Ortaöğretim Kurumlarında Eğitim Gören Ergenlerin Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi Ve Kendine Zarar Verme İle İntihar Davranışları Bakımından Karşılaştırılması (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı; 2006.

49. Zincir S. Yeme Bozukluklarında Nöroendokrin Ve Moleküler Etkileşimler Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014;6(4):389-400.

50. Annagür B, Zincir S. Anoreksiya Nervozada Hormonal Değişimler. Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25:63-69.

51. Alphan E. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. Ankara: Hatiboğlu Yayınları;2014.s.305-867.

52. Taş D. Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Ergenlerde Mesane ve İşeme Disfonksiyonunun Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

53. Eker E. Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2006.

54. Baca F. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Obezite Cerrahisi Aday Hastalarda Nörokognitif İşlevlerin İncelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı; 2017.

55. Ergin G. Sağlık Personeli Olan Ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması (tez) Ankara: Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2014.

56. Taştan K, Demiröz H, Öztekin C, Sincan S. Bulimia Nervoza Tedavisinde Hipnoterapi: Olgu Sunumu. Hakemli Olgu Dergisi 2017;6(2):94-97.

57. Kazkondu İ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza(Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı; 2010.

58. Emral R. Bulimiya nevroza. Türkiye klinikleri endokrinoloji 2009;2(3):19-24.

59. Ergüney F. Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı; 2012.

60. Erol A, Yazıcı F. Bulimiya Nervozada Tedavi. Klinik Psikiyatri 1999;2:172-178.

61. Çaka S, Çınar N, Altınkaynak S. Adölesanlarda Yeme Bozuklukları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;7(1):203-209.

62. Tufan Ş, Poyraz C, Özdemir A. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(4):419-435.

63. Cantürk N, Özdeş T,Dogan B. Pika: Bir Olgu Sunumu. Adli Tıp Dergisi / Turkish Journal Of Forensic Medicine 2010;24(3):62-67.

64. Ertekin Y, Korkut Y, Sönmez C, Ertekin H. Farklı Bir Pika Hastalığı Olgusu. Ankara Medical Journal 2012;12(3):158-159.

65. Ünal R, Samur F. Pika Davranışının İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. Beslenme ve Diyet Dergisi 2012;40(2):155-162.

66. Karadere M. Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;7(4):110–118.

67. Savrun B. Depresyonun Tanımı Ve Epidemiyolojisi İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 1999;11-17.

68. Ören N, Gençdoğan B. Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi 2007;15(1):85-92.

69. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı Ve İlişkili Olduğu Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19(4):382-389.

70. Öztop D. Adölesanda Ruhsal Sorunlar. Türk Aile Hekimleri Dergisi 2012;16:14-18.

71. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri 2007;10(6):3-10.

72. Akbulut G. Psikiyatrik Ve Mental Hastalıklarda Tıbbı Beslenme Tedavisi. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi;2016.s.25-40.

73. Konca G. Tip 1 Diyabet Hastalarındaki Depresyon ve Anksiyete Oranlarının İncelenmesi (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı; 2015.

74. Erdem Ü, Yazıcı S. Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. Aile ve Toplum dergisi 2006;3(9):7-12.

75. Mutallimova S. Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Anne Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı; 2014.

76. Üstün A, Bayar A. Üniversite Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2015;4(1):384-390.

77. Öner K. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyon, İnternet Bağımlılığı Ve İlişkili Faktörler (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2015.

78. Austin V, Scıarra D. (Çeviri: M. Özekeş). Çocuk ve Ergenlerde Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar. Ankara: Nobel Yayın;2012. s.230-260.

79. Günay O, Öncel Ü, Erdoğan Ü, Güneri E, Tendoğan M, Uğur A. ve ark. Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Durumluk Ve Sürekli Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;17(2):77-85.

80. Tekin M, Tekin A. Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyaf Belirtiler. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2014;6(4):330-339.

81. Emre N. Aile Sağlığı Merkezine Başvura Hipertansif ve Diyabetik Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Riskinin Araştırılması ve Düzeyinin Belirlenmesi (tez) Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2013.

82. Yılmaz A. Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

83. Özakkaş T. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları;2014.s.2-14.

84. Emek A. Ostomili Hastaların Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin, Bakım Vericilerin Depresyon Düzeyi İle İlişkisinin Araştırılması (tez). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı; 2016.

85. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2013;22(4):441-459.

86. Tanriverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balik G. Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. Gaziantep Medical Journal 2011;17(1):33-39.

87. Ergin G. Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2015.

88. Spence S. H. Structure Of Anxiety Symptoms Among Children: A Confirmatory Factor-Analytic Study. Journal Of Abnormal Psychology 1997;6(2):280.

89. Chorpita B. F, Yim L, Moffitt C, Umemoto L. A, Francis S. E. Assessment Of Symptoms Of Dsm-IV Anxiety And Depression İn Children: A Revised Child Anxiety And Depression Scale. Behaviour Research And Therapy 200;3(8):835-855.

90. Batıgün A, Utku Ç. Bir Grup Gençte Yeme Tutumu ve Öfke Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Psikoloji Dergisi 2006;21(57):65-78.

91. Menteş E, Mentei B, Karacabey K. Adölesan Dönemde Obezite ve Egzersiz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):965-977.

92. Yıldırım S, Uskun E, Kurnaz M. Bir İl Merkezinde Liselerde Eğitim Gören Öğrencilerin Yeme Tutumları ve İlişkili Faktörler. The Journal of Pediatric Research 2017;4(3):149-55.

93. Çiçek H. Ergenlerde Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığı ve Ruhsal Semptomlarla İlişkisi. Turk J Public Health 2017;15(2):96-105.

94. Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K. Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. Kocatepe tıp dergisi 2011;12:145-150.

95. Özmen D, Çetinkaya A, Ergin D, Şen D, Erbay P. Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(2):98-105.

96. Yürekli İ. Adölesanlara Yönelik Sağlıklı Beslenme Eğitimi (tez). İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü; 2015.

97. Türk M, Gürsoy Ş, Ergin I. Kentsel Bölgede Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Genel Tıp Dergisi 2007;17(2):81-87.

98. Yılmaz B, Çieçek B, Kaner G. Kayseri İlindeki Liselerde Öğrenim Gören Adölesanlarda Obezite Düzeyinin ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Türkiye Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2018;75(1):77–88.

99. Ahraz S. Lise Çağındaki Öğrencilerin Beslenme Profili İle Bunun Üzerine Etkili Faktörlerin Belirlenmesi (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji Anabilim Dalı; 2017.

100. Apaydın S. Ankara'da Farklı Programa Sahip Liselerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2015.

101. Candan H, Küçük L. Lise Öğrencilerinde Yeme Bağımlılığı ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2019;10(1):12-19.

102. Büyük E, Duman G. Farklı Okullarda Okuyan Lise Öğrencilerinin Yeme tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. The Journal Of Pediatric Research 2014;1(4):7-212.

103. Ünsal A, Tozun M, Ayrancı Ü, Arslantaş D. Türkiye'nin Batısındaki Bir İlçede lise Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Dirim Tıp Gazetesi 2010;85(2):100-112.

104. Türkleş S, Hacıhasanoğlu R, Çapar S. Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi Ve Etkileyen faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(2):18-28.

105. Keskin K, Alpkaya U, Çubuk A, Öztürk Y. 12–14 Yaş Çocukların Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Beslenme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi 2017;7(3):34-43.

106. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp A. Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003;46:30-37.

107. Arslan S, Alemdaroğlu İ, Öksüz Ç, Karaduman A, Yılmaz Ö. Genç Bireylerde Fiziksel Aktivitenin Akademik Başarı Ve Depresyon Üzerine Etkisi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2018;6(1):37-42.

108. Evrim F. Ankara İli Etimesgut İlçesi Şeyh Şamil İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite Durumu (tez). Ankara:Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Anabilim Dalı; 2010.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablolar

Tablo 1. Erkeklerde bazı mikro besin öğeleri ve proteinlerin ortalama gereksinim miktarları.....5
Tablo 2. Kızlarda bazı mikro besin öğeleri ve proteinlerin ortalama gereksinim miktarları.....5
Tablo 3. Yeme bozukluklarında risk faktörleri 8
Tablo 4. DSM- IV ve DSM-V'e göre yeme bozukluklarının sınıflaması.....9
Tablo 5. Anoreksiya nervozalı bireylerin klinik belirti ve bulguları 10
Tablo 6. DSM-V'e göre depresyonun belirtileri.....15
Tablo 7. DSM-V tanı kriterlerine göre depresyonun sınıflandırılması 16
Tablo 8. Öğrencilerin yaşa göre dağılımları 22
Tablo 9. Öğrencilerin öğrenim görmekte olduğu okul ve sınıflara göre dağılımı 23
Tablo 10. Öğrencilerin baba ve annelerinin eğitim ve meslek durumları.....24
Tablo 11. Öğrencilerin kardeş sayıları ve ortalama gelir düzeylerine göre dağılımı...25
Tablo 12. Öğrencilerin beden kitle indeksi(BKİ) değerlerine göre sınıflandırma.....25
Tablo 13. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalama (**X**) ve standart sapma (SS) değerleri 26
Tablo 14. Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma ve sigara içme durumlarına göre dağılımı.....26
Tablo 15. Öğrencilerin cinsiyete göre ana ve ara öğün atlama ve atlanan öğünlerin dağılımları.....27
Tablo 16. Öğrencilerin cinsiyete göre öğün arasında yedikleri yiyeceklerin dağılımı 28

Tablo 17. Öğrencilerin kahvaltı ve öğle yemeklerini tükettikleri yerlerin cinsiyete göre dağılımı 29
Tablo 18. Öğrencilerin cinsiyete göre iştah durumlarının dağılımı 30
Tablo 19. Öğrencilerin ruhsal durumlarının iştah etkileme durumu ve okul başarısının iştah üzerine etkisinin cinsiyete göre dağılımı 31
Tablo 20. Erkek öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-40) sorularına göre dağılımı 32
Tablo 21. Kız öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-40) sorularına göre dağılımı ... 34
Tablo 22. Öğrencilerin yeme davranış bozukluğunun (EAT-40) cinsiyete göre dağılımı 36
Tablo 23. Kız ve erkek öğrencilerin yeme davranış bozukluğunun(EAT-40) BKİ gruplarına göre sınıflandırılması 36
Tablo 24. Cinsiyet ve yaşa göre yeme bozukluğu dağılımı 37
Tablo 25. Sınıfa göre yeme bozukluğu dağılımı 38
Tablo 26. Öğrencilerin iştah durumlarına göre yeme bozukluğu dağılımı 39
Tablo 27. Öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları liseye göre yeme davranış bozukluğunun dağılımı 39
Tablo 28. Öğrencilerin yeme bozukluğu dağılımlarına göre antropometrik ölçümlerinin ortalama (**X**) ve standart sapma (SS) değerleri 40
Tablo 29. Öğrencilerin yeme tutumu ile antropometrik ölçüm, RCADS ortalama, yaş ve sınıfları arasındaki ilişki 40
Tablo 30. Öğrencilerin yeme davranış bozukluğu ile sigara içme ve fiziksel aktivite durumlarının dağılımı 41
Tablo 31. Ana öğün atlama durumlarına göre yeme bozukluğu dağılımı 41
Tablo 32. Öğrencilerin ara öğün atlama durumlarına göre yeme bozukluğu dağılımı 42
Tablo 33. Öğrencilerin cinsiyete göre revize edilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeğinin toplam puanının ve alt ölçek değerlerinin ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri 42
Tablo 34. Öğrencilerin yeme bozukluğuna göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ve alt ölçek değerlerinin ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri 43
Tablo 35. Öğrencilerin öğrenim gördükleri liseye göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri 43

Tablo 36. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri 44
Tablo 37. Öğrencilerin yaşa göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri 44
Tablo 38. Öğrencilerin BKİ değerlerine göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri..... 45
Tablo 39. Öğrencilerin sigara tüketme durumuna göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri 45
Tablo 40. Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumlarına göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri 46
Tablo 41. Öğrencilerin ruhsal durumlarının iştahlarına göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri 47
Tablo 42. Öğrencilerin iştah durumlarına göre revize dilmiş çocuklarda anksiyete ve depresyon toplam puanının ortalama, standart sapma ($\bar{X}$±SS) değerleri..... 48

ÖZGEÇMİŞ

Ben 1993 yılında Tokat'ta dünyaya geldim. Kırklareli üniversitesinde beslenme ve diyetetik bölümünde 2011 yılında lisans eğitimime başladım. Haziran 2015 yılında lisans eğitimimi tamamladım. Eylül 2016'da Trakya üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü beslenme ve diyetetik anabilim dalında yüksek lisans eğitimime başladım. Eylül 2018'de Gaziosmanpaşa taksim eğitim ve araştırma hastanesinde göreve başladım. Hastanede diyabet, obezite ve beslenme konularıyla ilgili branşlarda çalışmaktayım. Eğitimim süresince bölümümle ilgili seminer, kongre ve sempozyumlara katıldım.

EKLER

EK 1 (ETİK KURUL FORMU)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/128	
	PROTOKOL ADI	Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Ruhsal Durumları ve İştahları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr.Üyesi Sedef DURAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 06/13**	**Tarih:02.04.2018**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimler Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma ELİBOL'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.04.2018 tarih ve 06/13. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (AÇIK AD…….) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Lise öğrencilerinin yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişki.
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Sedef DURAN -Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik
- **Araştırmanın amacı:** Bu araştırma lise öğrencilerinin yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Tez çalışması.
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** 01.04.2018-29.12.2018
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:**204

Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü: Edirne il merkezinde öğrenim gören lise öğrencileri gönüllü olmaları ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini

DEVAM. EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

karşılamaları durumunda çalışmaya dahil edilecektir. Gönüllüler tarafından anket formu doldurulacaktır. Anket formu 4 ana bölümden oluşmaktadır. Bunlar;

A. Demografik anket
B. Beslenme alışkanlıkları ve iştah durumları
C. Yeme tutum testi (Eat-40)
D. Revize edilmiş çocuk anksiyete ve depresyon ölçeği.

- **Araştırmanın deneysel kısımları:** Araştırmanın deneysel kısmı bulunmamaktadır**.**
- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı: -**
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**

  14-18 yaş grubu arasında bulunma, gönüllü olma

  Edirne il merkezindeki liselerde öğrenim görme

- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** Doğrudan gönüllü için beklenen bir yarar bulunmamaktadır.
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Gönüllünün herhangi bir sorumluluğu yoktur.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Araştırmada herhangi bir risk bulunmamaktadır.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** Araştırmada herhangi bir risk bulunmamaktadır.
- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:** Gönüllülere alternatif bir yöntem uygulanmayacaktır.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:** Araştırmaya bağlı herhangi bir zarar oluşma ihtimali bulunmadığı için tazminat verilmeyecek ve tedavi sağlanmayacaktır.
- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Gönüllü istediği takdirde sebep belirtmeden araştırmaya katılımını sonlandırabilecektir.

DEVAM. EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Araştırmanın sonuçları tez çalışması olarak yayınlanacaktır.

- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:** Fatma ELİBOL 05536048088

- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:** Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal alınmayacaktır.
- **Gönüllülerden elde edilecek biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılabilmesi için onay:**

"……(Araştırmanın açık adı)" araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar, vb…);

☐	**Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.**
☐	**İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.**
☐	**Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum**

.

EK-3

VELİ ONAM FORMU

Çocuğunuzun katılacağı bu çalışma, Lise öğrencilerinin yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi " adıyla, 01.04.2018-29.12.2018 tarihleri arasında yapılacak bir araştırma uygulamasıdır.

Araştırmanın Hedefi: Lise öğrencilerinin yeme tutumları, ruhsal durumları ve iştahları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Araştırma Uygulaması: **Anket** / Görüşme / Gözlem şeklindedir.

Araştırma T.C. Milli Eğitim Bakanlığı'nın ve okul yönetiminin de izni ile gerçekleşmektedir. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Çocuğunuz çalışmaya katılıp katılmamakta özgürdür. Araştırma çocuğunuz için herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Çocuğunuzun katılımı **tamamen sizin isteğinize bağlıdır**, reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmamama veya araştırmadan ayrılma durumunda öğrencilerin akademik başarıları, okul ve öğretmenleriyle olan ilişkileri etkilemeyecektir.

Çalışmada öğrencilerden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

Uygulamalar, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular ve durumlar içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden çocuğunuz kendisini rahatsız hissederse cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta özgürdür. Bu durumda rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Çocuğunuz çalışmaya katıldıktan sonra istediği an vazgeçebilir. Böyle bir durumda veri toplama aracını uygulayan kişiye, çalışmayı tamamlamayacağını söylemesi yeterli olacaktır. Anket çalışmasına katılmamak ya da katıldıktan sonra vazgeçmek çocuğunuza hiçbir sorumluluk getirmeyecektir.

Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışma bittikten sonra bizlere telefon veya e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Saygılarımızla,

Araştırmacı :
İletişim bilgileri :

Velisi bulunduğum ..... sınıfı ..... numaralı öğrencisi ..... ……..'in yukarıda açıklanan araştırmaya katılmasına izin veriyorum.
(Lütfen formu imzaladıktan sonra çocuğunuzla okula geri gönderiniz*).

…./…../……

İsim-Soyisim İmza:

Veli Adı-Soyadı :

EK-4

A. DEMOGRAFİK ANKET

1. Yaş: .....yıl
2. Cinsiyet: a. Erkek b. Kadın
3. Boy uzunluğu:…….cm
4. Vücut ağırlığı:…….kg
5. Okulunuzun Adı :
6. Sınıfınız : a. 9. Sınıf b. 10. Sınıf c. 11. Sınıf d. 12. Sınıf
7. Babanızın mesleği:

a. İşçi b. Memur c. Emekli
d. Serbest meslek e. Diğer(belirtiniz) ……

8. Annenizin mesleği

a. İşçi b. Memur c. Emekli
d. Serbest meslek e. Diğer(belirtiniz) ……

7. Babanızın eğitim durumu : a. Okur yazar değil b. Okur yazar c. İlkokul mezunu d. Ortaokul mezunu e. Lise mezunu f. Üniversite mezunu g. Yüksek lisans/Doktora
9. Annenizin eğitim durumu :

a. Okur yazar değil b. Okur yazar c. İlkokul mezunu d. Ortaokul mezunu e. Lise mezunu f. Üniversite mezunu g. Yüksek lisans/Doktora

10. Ailenizdeki birey sayısı (Siz dahil): ……
11. Ailenizin aylık ortalama geliri (TL): ……..
12. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? a. Evet b. Hayır
13. Sigara içiyor musunuz?: a. Evet b. Hayır
14.Cevabınız evet ise içtiğiniz sigara miktarı nedir?

Günde……adet/paket
Haftada…….....adet/paket

EK-5

B. BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE İŞTAH DURUMLARI

1.Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz
.....……ana öğün (sabah, öğle, akşam)
……ara öğün (kuşluk, ikindi, gece)
2.Genellikle ana öğün atlar mısınız?
a. Evet b. Hayır
3. Cevabınız "evet" ise genelde hangi ana öğünü atlarsınız?
a. Sabah b. Öğle c. Akşam
4.Genellikle ara öğün atlar mısınız?
a. Evet b. Hayır
5. Cevabınız "evet" ise genelde hangi ara öğünü atlarsınız?
a. Kuşluk b. İkindi c. Gece
6.Öğünler arasında sıklıkla tükettiğiniz yiyecek ve içecekleri belirtiniz.
a. Simit, poğaça, tost b. Cips c. Meyve d. Yoğurt, Süt, Ayran
e. Bisküvi, kraker, gofret f. Çikolata, Şekerleme vb. g. Kola ve gazlı içecek.
h. Meyve suları ı. Çay, Kahve i. Kuruyemiş
7. Kahvaltıyı genelde nerede yersiniz
a. Evde b. Okul kantininde c. Kafeteryada d.Diğer (belirtiniz)……..
7. Öğle yemeklerini genelde nerede yersiniz.
a. Evde b. Okul kantininde c. Kafeteryada d. Diğer(belirtiniz) ……
8. İştahınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
a. Çok kötü b. Kötü c. Orta e. İyi f. Çok iyi
9. Yemeklerden önce iştahınız nasıldır?
a. Çok kötü b. Kötü c. Orta e. İyi f. Çok iyi
10.Ruh haliniz iştahınızı etkiler mi?
a. Evet b. Hayır
11.İştahınızın okul başarınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
a. Evet b. Hayır
12.Okul başarınızın iştahınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
a. Evet b. Hayır

EK-6

A. YEME TUTUM TESTİ (EAT 40)

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

	Daima	**Çok sık**	**Sık sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
1.Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12.Ailem fazla yemek yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						

DEVAM. EK-6

A. YEME TUTUM TESTİ (EAT 40)

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandıracak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden 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 düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35.Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

EK-7

A. B. REVİZE EDİLMİŞ ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (“ Asla doğru değil ise 0’ı, Bazen doğru ise 1’i, Sık Sık doğru ise 2’yi, Her Zaman doğru ise 3’ü işaretleyin).

		ASLA	**BAZEN**	**SIK SIK**	**HER ZAMAN**
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)

DEVAM. EK-7

A. B. REVİZE EDİLMİŞ ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca göründüğümden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)

DEVAM. EK-7

A. B. REVİZE EDİLMİŞ ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissederim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)