

Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerde Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Sağlık Algısı ile İlişkisi

The Frequency of Eating Disorders in Individuals Applying to Family Medicine and its Relationship with Health Perception

Nur Demirbaş[®], Derya Işıklar Özberk[®], Ayşe Özlem Kılıçaslan[®]

Atıf/Cite as: Demirbaş N, Işıklar Özberk D, Kılıçaslan AÖ. Aile hekimliğine başvuran bireylerde yeme bozukluğu sıklığı ve sağlık algısı ile ilişkisi. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):95-101.

ÖZ

Amaç: Çalışmada, aile hekimliğine başvuran bireylerde hızlı ve güvenilir bir ölçek ile yeme bozukluklarını tanımlamak ve bireylerin sağlık algısı ile ilişkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olan bu çalışmaya il merkezinde seçilen aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle 01.12.2022-31.01.2023 tarihleri arasında başvuran bireyler dâhil edilmiştir. Onamları alınan hastalara "Kişisel Bilgi Formu", "SCOFF Yeme Bozukluğu Ölçeği" ve "Sağlık Algısı Ölçeği" uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 406 hastanın %66,7'si (n=271) kadın ve yaş ortalaması 40,00±13,28 (min=18, maks=63) yıldı. Katılımcıların %41,9'unda (n=170) depresyon şüphesi ve %13,1'inde (n=53) yeme bozukluğu riski vardı. Kadınların %14,8'inde (n=40), erkeklerin %9,6'sında (n=13) yeme bozukluğu riski bulundu. İdeal kilosunda olmadığını düşünenlerde yeme bozukluğu riski daha fazlaydı (p<0,001). Yeme bozukluğu riskini etkileyen faktörler, sağlık algısı, yaş, çalışma durumu, depresif belirtiler ve ideal kilo isteği olarak bulundu. Özellikle bireyin çalışmıyor olması yeme bozukluğu riskini 13 kat ve depresif belirtilerinin olması 3 kat arttırmaktadır.

Sonuç: Yeme bozukluklarının sıklıklarının ve bunlarla ilişkili sorunları azaltmak için doğru yaklaşım kadar erken teşhis de çok önemlidir. Yeme bozuklukları her yaşta, her iki cinsiyette, her kiloda ve özellikle depresif belirtileri olanlarda mutlaka sorgulanmalıdır. Hastalarına sürekli, kapsamlı hizmet sunan ve bütüncül yaklaşan aile hekimlerinin bu konuda farkındalığı yüksek olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, yeme bozukluğu, sağlık algısı, erken tanı

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to identify eating disorders in individuals who applied to Family Medicine with a fast and reliable scale and to evaluate the relationship of eating disorders with the health perception of individuals.

Methods: Individuals who applied to family health centers selected in the city center between 01.12.2022 and 31.01.2023 for any reason were included in this descriptive and cross-sectional study. "Personal Information Form", "SCOFF Eating Disorder Scale" and "Health Perception Scale" were applied to the patients whose consent was obtained.

Results: Of the 406 patients included in the study, 66.7% (n=271) were female and the mean age was 40.00±13.28 (min=18, max=63) years. 41.9% of the participants (n=170) had suspected depression and 13.1% (n=53) had an eating disorder risk. Eating disorder risk was found in 14.8% of women (n=40) and 9.6% of men (n=13). Eating disorder risk was higher in those who thought they were not at their ideal weight (p<0.001). The factors affecting the risk of eating disorders were found to be health perception, age, employment status, depressive symptoms and ideal weight desire. In particular, being unemployed increased the risk of eating disorders by 13 times and having depressive symptoms increased the risk of eating disorders by 3 times.

Conclusion: To reduce the frequency of eating disorders and the problems associated with them, early diagnosis is just as important as the right approach. Eating disorders should be questioned at any age, in both sexes, at any weight, and especially in those with depressive symptoms. Family physicians, who provide continuous, comprehensive service to their patients and approach them holistically, should be aware of this issue.

Keywords: Family medicine, eating disorders, health perception, early diagnosis

Received/Geliş: 22.02.2023

Accepted/Kabul: 01.12.2023

Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:

N. Demirbaş

ORCID: 0000-0002-4038-9386

Necmettin Erbakan Üniversitesi,

Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği

Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

✉ ndemirbas76@hotmail.com

D. Işıklar Özberk

ORCID: 0000-0003-0984-8860

Meram 13 Nolu Gazialemşah Aile

Sağlığı Merkezi, Konya, Türkiye

A. Ö. Kılıçaslan

ORCID: 0000-0003-3491-9413

Meram 10 Nolu Aile Sağlığı Merkezi,

Konya, Türkiye

GİRİŞ

Yeme bozukluğu; ‘anormal yeme davranışı’ olarak tanımlanan ruhsal ve klinik bir durumdur.^[1,2] DSM-5’te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yeme bozuklukları; anoreksiya nervroza (AN), bulimia nervroza (BN), tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve tanımlanmamış diğer beslenme veya yeme bozuklukları şeklinde sınıflandırılmaktadır.^[1] Genel popülasyonda görülme sıklığı %1-14 arasında değişmektedir. Yaşam boyu prevalans, AN için %0,6, BN için %1,0 ve TYB için %2,8 olup, kadınlarda görülme sıklığı üç kat daha fazladır.^[3,4]

Dünya Sağlık Örgütü’nün “tıbbi dikkat gerektiren” ve “önemli tıbbi durum” olarak tanımladığı yeme bozuklukları bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır.^[2] Bireylerde yaşamı tehdit edici sorunlara neden olan bu durumların varlığını tüm hekimler akılda tutmalıdır. Yeme bozukluklarının yalnızca düşük kilolu kadınlarda değil aynı zamanda erkeklerde, etnik kökenden ve sosyoekonomik koşullardan bağımsız olarak farklı beden şekillerine sahip bütün kişilerde görülebileceğini bilmek önemlidir. Normal kilodaki insanlarda da yeme bozukluğu görülebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalar genellikle hekime yeme bozukluğu yakınması ile başvuramazlar. Özellikle halsizlik, sersemlik, enerjik olmama, âdet görememe, kilo alma ya da kilo verme, kabızlık, şişkinlik, karında hassasiyet, midede yanma, boğaz ağrısı, çarpıntı, poliüri, polidipsi ve uykusuzluk gibi yakınmalarla aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalarda altta yatan bir yeme bozukluğu olabileceği göz önünde bulundurulacak bir tarama yapılmalıdır.^[5,6]

Bu amaçla kullanılan ölçekler, klinik kullanım için geliştirilmiş olup, oldukça uzun, çok maddeli (20-91 madde) ve ayrıntılı ölçeklerdir. Ayrıca, pek çoğunun risk gruplarını tanımlamak için net bir kesme noktası yoktur.^[7-9] Oysaki birinci basamakta zaman kısıtlılığı nedeniyle kullanımı ve yorumlanması kolay olan daha kısa tarama araçlarına gereksinim vardır. Morgan ve ark. (1999) tarafından geliştirilen beş maddelik SCOFF (Sick, Control, One, Fat and Food) ölçeği, yeme bozuklukları riskini belirlemek için kullanılmaktadır.^[10] SCOFF, anketteki anahtar kelimelerin kısaltmasıdır. AN ve BN’nin temel semptomlarını beş basit soruda sorgulamaktadır. İki veya daha fazla olumlu yanıt, yeme bozukluğu riskini gösterir. Yapılan çalışmalar, SCOFF ölçeği ile diğer yeme bozukluğu ölçekleri arasında anlamlı pozitif ilişki olduğuna işaret etmektedir.^[11-14] SCOFF testinin duyarlılığı %100 ve özgüllüğü %87,5

olarak bulunmuştur.^[13] Yirmi beş çalışmayı içeren bir meta-analiz, SCOFF’un AN ve BN riski taşıyan genç kadınlar için basit ve yararlı bir tarama aracı olduğunu göstermektedir.^[7]

Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir.^[15] Sağlık algısı, bireye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir. Bireyin sağlıklı olmaya bakışı, hastalık karşısında takındığı tutum sağlık davranışını ve sağlık konusunda aldığı sorumluluğu etkilemektedir. Sağlık algısı yeterli düzeyde olmayan bireylerde hastalık gelişim riski çok daha fazla olmakta ve tedavi süreçleri daha zorlu geçmektedir.^[16]

Yeme bozuklukları yüksek morbidite, ruhsal bozukluk ve yaşam kalitesinde önemli kayıplara neden olduğu için erken dönemde teşhis ve tedavi edilmelidir. Bireye kapsamlı, bütüncül ve sürekli bakım hizmeti veren aile hekimlerinin yeme bozukluklarını erken evrede tespit etmeleri, kanıta dayalı tedavilerini yönetmeleri ile hastalarının tıbbi bakımını devam ettirebilmeleri önemlidir. Çok açık fiziksel sorunlar ortaya çıkmadan önce ve henüz psikolojik semptomlar belirsiz iken, yeme bozukluklarını erken evrede belirlemek zor olabilir. Bu nedenle çalışmanın amacı aile hekimliğine başvuran bireylerde hızlı ve güvenilir bir ölçek ile yeme bozukluklarını tanımlamak ve bireylerin sağlık algısı ile ilişkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olan bu çalışmaya tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine ve il merkezinden seçilen 2 aile sağlığı merkezine 01.12.2022-31.01.2023 tarihleri arasında başvuran bireyler dâhil edildi. Katılımcılara çalışma hakkında ön bilgi verilip, sözlü onamları alındı. On sekiz yaş altı kişiler, psikiyatrik tanısı olanlar, Türkçe iletişim kurulamayanlar, kanser tanısı olanlar, gastrointestinal sistem hastalığı tanısı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “SCOFF Yeme Bozukluğu Ölçeği” ve “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu anket formu; yaş, boy, kilo, gelir ve eğitim düzeyi, çalışma durumu ile çökkün duygudurum ve anhedoniyi sorgulayan iki soru ile depresyon taramasını da içeren

10 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların beden kitle indeksleri (BKİ) kg/m^2 cinsinden hesaplandı. $\text{BKİ} < 25 \text{ kg/m}^2$ olanlar normal kilolu, $\text{BKİ} = 25-30 \text{ kg/m}^2$ olanlar fazla kilolu ve $\text{BKİ} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olanlar obez olarak kabul edildi.

Yeme Bozuklukları Ölçeği (SCOFF): Yeme bozukluklarını taramak amacıyla Morgan ve ark.'nın (1999) geliştirdiği ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından (2015) yapılmıştır. Ölçek beş maddeden oluşmaktadır. Maddelere “evet” veya “hayır” şeklinde yanıt verilmektedir. Her “evet” yanıtı bir puan olarak kabul edilmektedir. İki ve üzeri puan alanlar, yeme bozuklukları için risk grubu olarak değerlendirilmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0,740 olarak bulunmuştur.^[17]

Özellikle birinci basamağa fiziksel yakınmalarla başvuran hastalarda hekimi erken tanıya götürebilecek basit, kolay anımsanabilecek, kısa ve geçerlik güvenilirliği gösterilmiş olan SCOFF testi tarama testi olarak kullanılabilir. Bu test tanı koymaktan öte hekimin olası klinik olgulardan şüphelenmesini sağlamaktadır.^[7,17]

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ): Ölçek, Diamond ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiş, Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. On beş madde ve dört alt boyuttan (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi) oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir.^[15] Ölçekten en az 15 puan, en çok 75 puan alınabilmektedir.

Kontrol merkezi alt boyutu; bireyin sağlıklı olmak için kendine olan güvenini, öz-farkındalık alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusunda farkındalık algısını belirlemeye yöneliktir. Kesinlik alt boyutu; bireyin daha sağlıklı olmaya yönelik yapması gerekenler konusunda kesin bir düşünceye sahip olması ve sağlığın önemi alt boyutu; bireyin sağlığına ne derece önem verdiğini belirlemeye yöneliktir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada yüz yüze görüşme ve online anket yöntemi ile doldurulan anketler aracılığıyla elde edilen tüm veriler değerlendirilirken, frekans, ortalama, standart sapma değerleri hesaplandı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, kategorik ve numerik yapıdaki veriler ki-kare, student-t testi, One-way Anova gibi uygun olan istatistiksel analizler ile karşılaştırıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak

anlamli kabul edildi. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik puanları Cronbach alfa ile hesaplandı, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Katılımcılar tarafından eksiksiz olarak doldurulan 406 anket analiz edildi. Çalışmaya katılanların %66,7'si (n=271) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması $40,00 \pm 13,28$ yıl (min=18, maks=63), boy ortalaması $168,83 \pm 8,90$ cm (min=153, maks=191) ve kilo ortalaması $74,93 \pm 14,32$ kilogramdı (min=49, maks=120). BKİ'ne göre, %46,1'i (n=187) normal kilolu, %32,5'i (n=132) fazla kilolu ve %10,6'sı (n=43) obezdi. Katılımcıların %62,8'i (n=255) olmak istediği ideal kiloda değildi. Katılımcıların %69,0'ı (n=280) yükseköğül/üniversite mezunuydu ve %72,9'u (n=296) çalışmıyordu.

Depresyon tarama sorularının her ikisine de “evet” yanıtını verenlerde depresyon şüphesi olduğu kabul edildi. Buna göre katılımcıların %41,9'unda (n=170) depresyon şüphesi olduğu belirlendi.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach Alpha değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Katılımcıların %13,1'inde (n=53) yeme bozukluğu riski vardı. Kadınların %14,8'inde (n=40), erkeklerin %9,6'sında (n=13) yeme bozukluğu riski bulundu ($p=0,148$). Çalışan katılımcıların %7,3'ü yeme bozukluğu riski altındayken, çalışmayanların %15,2'si yeme bozukluğu açısından riskliydi ($p=0,035$). BKİ ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Olmak istediği ideal kiloda olan katılımcıların %2,6'sında, ideal kilosunda olmayanların ise %19,2'sinde yeme bozukluğu riski vardı ($p < 0,001$). Depresif belirtileri olanların %21,2'sinde yeme bozukluğu riski de bulunuyordu ($p < 0,001$) (Tablo 2).

Tablo 1. Ölçeklerin ortalama puanları ve cronbach's alpha değerleri

	Madde sayısı	Min-Maks	ort±SS	Cronbach-α
SCOFF	5	0-4	1,04±1,0	0,612
Sağlık Algısı ölçeği	15	29-75	47,99±7,35	0,773
Kontrol merkezi	5	5-25	15,88±4,18	0,778
Öz farkındalık	3	3-15	10,05±2,28	0,810
Kesinlik	4	4-20	11,73±3,30	0,803
Sağlığın önemi	3	3-15	10,24±2,56	0,714

Tablo 2. Katılımcıların yeme bozukluğu risk durumu

	n (%)	Yeme bozukluğu				p*
		Riskli (n=53)		Risksiz (n=353)		
		n	%	n	%	
Cinsiyet						
Erkek	135 (33,3)	13	9,6	122	90,4	0,148
Kadın	271 (66,7)	40	14,8	231	85,2	
Eğitim durumu						
İlköğretim	39 (9,6)	6	15,4	33	84,6	0,901
Lise	87 (21,4)	11	12,6	76	87,4	
Yüksekokul/üniversite	280 (69,0)	36	12,9	244	87,1	
Çalışma durumu						
Çalışıyor	110 (27,1)	8	7,3	102	92,7	0,035
Çalışmıyor	296 (72,9)	45	15,2	251	84,8	
BKİ (kg/m²)						
Zayıf	44 (10,8)	8	15,1	36	10,2	0,056
Normal kilolu	187 (46,1)	24	45,3	163	46,2	
Fazla kilolu	132 (32,5)	11	20,8	121	34,3	
Obez	43 (10,6)	10	18,9	33	9,3	
Kilo memnuniyeti						
Olmak istediği kiloda	151 (37,2)	4	2,6	147	97,4	<0,001
Olmak istediği kiloda değil	255 (62,8)	206	19,2	49	80,8	
Depresyon şüphesi						
Depresif belirti var	170 (41,9)	36	21,2	134	78,8	<0,001
Depresif belirti yok	236 (58,1)	17	7,2	219	92,8	

*Ki-kare testi, BKİ: Beden Kitle İndeksi

Tablo 3. Katılımcıların sağlık algısı puanlarının sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Öz-farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	Toplam
	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS
Cinsiyet					
Erkek	15,83±4,20	9,95±2,33	11,80±3,30	10,14±2,62	47,85±7,94
Kadın	15,90±4,18	10,10±2,26	11,70±3,30	10,28±2,54	48,06±7,05
p*	0,873	0,530	0,777	0,597	0,793
Eğitim durumu					
İlköğretim	16,51±3,50	9,69±2,45	12,03±3,26	9,77±2,75	48,41±8,33
Lise	15,93±3,98	10,01±2,03	11,80±3,06	10,01±2,54	47,98±8,51
Yüksekokul/üniversite	15,77±4,33	10,11±2,34	11,67±3,38	10,37±2,54	47,93±7,47
p**	0,580	0,557	0,801	0,256	0,930
Çalışma durumu					
Çalışıyor	15,94±4,23	10,00±2,52	12,27±3,20	10,18±2,69	48,56±7,25
Çalışmıyor	15,85±4,17	10,07±2,20	11,53±3,32	10,26±2,52	47,77±7,38
p*	0,862	0,792	0,045	0,794	0,337
BKİ***					
Zayıf	15,80±4,35	10,14±2,37	11,93±3,78	10,05±2,57	47,91±7,79
Normal kilolu	16,12±4,23	10,25±2,30	11,82±3,29	10,36±2,54	48,55±6,95
Fazla kilolu	15,58±4,08	9,99±2,15	11,56±3,24	10,34±2,68	47,75±7,82
Obez	15,84±4,19	9,28±2,43	11,67±3,06	9,56±2,26	46,35±7,04
p**	0,795	0,093	0,880	0,271	0,338
Depresyon şüphesi					
Depresif belirti var	15,94±4,398	10,15±2,24	11,54±3,24	10,21±2,64	47,83±7,31
Depresif belirti yok	15,83±4,037	9,98±2,32	11,87±3,33	10,26±2,51	48,10±7,39
p*	0,812	0,466	0,319	0,839	0,713

*Independent t testi **One-way ANOVA *** BKİ: Beden Kitle İndeksi

Bireylerin sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve sağlık algısı ölçeği puanlarının dâhil edildiği lojistik regresyon modeli ile yeme bozukluğu riskini etkileyen değişkenler

Tablo 4. Yeme bozukluğu riskini etkileyen faktörler

Faktörler	OR (%95 GA)	p
Sağlık algısı	0,931 (0,889-0,976)	0,003
Yaş	0,971 (0,947-0,996)	0,025
Çalışma durumu	13,420 (0,190-1,011)	0,038
Depresyon belirtisi	2,999 (1,553-5,793)	0,001
Olmak istenen kilo	0,112 (0,039-0,325)	<0,001
Constant	12027,279	0,002

Variable(s) entered on step 1: Yaş, Çalışma durumu, Olmak istediği kiloda, Depresyon, sağlık algısı, eğitim durumu, BKİ.

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Cox&snellen R²=0,142, Nagelkerke R²=0,264 Doğruluk=252,185

belirlendi. (Tablo 4). Modele göre sağlık algısı, yaş, çalışma durumu, depresif belirtiler ve ideal kilo isteği yeme bozukluğu riskini etkileyen faktörlerdir. Özellikle bireyin çalışmıyor olması yeme bozukluğu riskini 13 kat ve depresif belirtilerinin olması 3 kat arttırmaktadır (OR:13,420 %95 CI: 0,190-1,011, p=0,038; OR:2,999 %95 CI:1,553-5,793, p=0,001).

TARTIŞMA

Yeme bozuklukları, rahatsız edici yeme kalıpları ile psikososyal ve fiziksel durumu ciddi şekilde bozan olumsuz bir beden imajı ile karakterizedir.^[5] Dünya çapında 30 milyondan fazla insanı etkilemekte ve ne yazık ki erken teşhis ve tedavi edilememektedir.^[11] AN, kısıtlı gıda alımı, düşük kilo, kilo alma korkusu ve bozulmuş vücut imajı, BN, aşırı yeme, ardından kontrol eksikliği hissi ile kusma ve aşırı egzersiz gibi giderici eylemlerle kendini gösterir.^[6] Yapılan çalışmalar, yeme bozukluklarının erken tanımlanmasının ciddi hastalıkları önlediği ve iyileşme prognozunu olumlu etkilediğini göstermektedir.^[18,19] Erken belirtilerinin başarılı bir şekilde saptanması için güvenilir ve geçerli araçlar çok önemlidir.^[20]

Bu çalışmada aile hekimliği polikliniklerine başvuran bireylerde hızlı ve güvenilir bir ölçek ile yeme bozuklukları riski olanları belirlemek amaçlanarak yeme bozukluklarının sağlık algısı ile ilişkisi incelendi. Çalışmanın genellikle genç kadınlarda sıklığı araştırılan yeme bozukluğu riskini, her yaşta ve cinsiyette yetişkin bireyde birinci basamağa uygun bir ölçek aracılığıyla sağlık algıları ile birlikte çok yönlü olarak incelemesi nedeniyle alanında yapılmış nadir çalışmalardan biri olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yeme bozuklukları genel popülasyonda nispeten enderdir ve görülme sıklığı %1-14 arasında değişmektedir. Son yıllarda özellikle 15-19 yaş arasındaki kadınlarda AN riskinde bir artış saptanmıştır.^[1,2] Bunun, anoreksiya nervoza olgularının

daha erken belirlenmesi mi yoksa daha erken bir başlangıç yaşını mı yansıttığı ise açık değildir. Diğer yeme bozuklukları ile karşılaştırıldığında tıknırcasına yeme bozukluğu erkeklerde ve yaşlı bireylerde daha sık görülmektedir.^[3,21] Sunulan çalışmada, her 10 katılımcıdan birinde yeme bozukluğu riski olduğu belirlendi. İnternet ve özellikle görüntü paylaşımı yapılan sosyal medya araçları kullanımındaki artışın bireylerde olumsuz beden imajı gelişmesine ve yeme bozukluklarının her yaşta ve daha fazla kişide ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Klinik düzeydeki yeme bozuklukları kadınları erkeklerden daha yüksek oranlarda etkilemektedir.^[22] Bununla birlikte, yakın tarihli pek çok araştırma erkeklerde yeme bozukluğu görülme sıklığının kadınlara göre daha hızlı arttığını ve cinsiyetler arasında semptomların klinik şiddetinde hiçbir fark olmadığını göstermektedir.^[23] Yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğunun erkeklerde kadınlara göre daha geç yaşlarda görüldüğü ve erkeklerde de kadınlara benzer düzeyde fonksiyonel bozulma, aşırı yeme ve katı diyet uygulamaları olduğu bulunmuştur.^[24] Bir diğer çalışmada, kadınların yaklaşık üçte biri ve erkeklerin beşte birinin, DSM-5 yeme bozukluğu teşhisiyle uyumlu belirtiler bildirdiği belirlenmiştir.^[25] Tavolacci (2021) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmasında, yeme bozukluğu prevalansını kadınlarda %51,6 ve erkeklerde %31,9 olarak bulmuştur.^[26] Sunulan çalışmada, yeme bozukluğu riskinin her iki cinsiyette de benzer sıklıkta olduğu bulundu. Bu durum kadınlar kadar günümüzde erkeklerinde dış görünüşe önem vermesi ve olumsuz bir beden imajına sahip olmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Sunulan çalışmada, çalışmayan katılımcılarda yeme bozukluğu olma riski çalışanlara göre yüksek bulundu. Bireyin çalışmıyor olması yeme bozukluğu olma riskini 13 kat arttırmaktaydı. Literatüre baktığımızda çalışmayanların sosyal görünüş kaygısının daha fazla ve beden saygısının daha düşük olduğu göze çarpmaktadır.^[27] Sosyal medyada çok sık “güzel ve ince” beden imajına maruz kalan ve dış dünyadan soyutlanan bireyler görünüşlerinden memnuniyetsizlik duymakta ve yeme bozukluğu riski taşımaktadırlar. Bir diğer çalışmada, yeme bozukluklarını öngörmede sosyal olarak belirlenmiş mükemmeliyetçiliğin ön planda olduğu bulunmuştur.^[12] Bunun yanı sıra artan duygusal ve zihinsel talepler nedeniyle hem teşhis edilmiş hem de teşhis edilmemiş yeme bozukluğu olanlarda üretkenlikte düşüşe yol açabileceği ve işsizliğe neden olabileceği belirtilmektedir.^[28] Çalışma durumu

ve yeme bozukluğu arasındaki ilişki henüz tam olarak anlaşılammıştır. Bu konuda daha ileri metodolojik çalışmalar yapmaya gereksinim vardır.

Beden memnuniyetsizliği, genellikle fazla kilolu ve obez bireylerde beden şekli ve/veya kilosu ile ilgili olumsuz değerlendirmeler olarak tanımlansa da normal kilolu ve zayıf bireylerde de görülmektedir. Kişinin beden saygısı ve beden algısındaki bu bozukluk yeme bozukluklarının temelindeki psikopatolojiyi oluşturmaktadır.^[29-31] Bu çalışmada, yeme bozukluğu riski ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmasa bile olmak istediği ideal kiloda olmayanların yeme bozukluğu riski, ideal kilosunda olanlara göre daha yüksekti. Bunun bir nedeni de çalışanların sağlık algısı kesinlik alt boyutundan daha yüksek puan almaları, yani sağlıklı kalmak için yapılması gerekenler konusunda farkındalıkları olması olabilir.

Hem depresif bozukluklar hem de yeme bozuklukları çok boyutlu ve heterojen bozukluklardır. Çalışmalar, yeme bozukluklarında depresif belirtilerin önemini vurgulamaktadır.^[18] Depresif belirtileri olanlarda yeme bozukluğu riski 3 kat daha fazla görülmektedir. Depresyonda olan hastaların benlik saygısında azalma olabilir. Hastalar kendilerini değersiz ve yetersiz hissetmekte, olumsuz yorumlara daha duyarlı olup, başkalarını kendinden daha üstün görerek kaygı duymaktadırlar. Az sayıda çalışma, depresyon için teşhis olarak kabul edilen semptomları taklit eden açlığın neden olduğu fiziksel, endokrin veya psikolojik değişiklikleri kontrol ettiğinden, daha fazla araştırmaya gereksinim duyulacaktır.^[32]

Sunulan çalışmada, bireyin sağlık algısının yeme bozukluğu riskini etkilediği bulundu. "Sağlık algısı" kavramı, bireylerin sağlıklarıyla ilgili inançlarını araştırılan boyutsal bir yapı olarak tanımlanır.^[33] Birçok fiziksel hastalık ve bazı ruhsal bozuklukların klinik seyirinde hastalık ve sağlık algısının rolü iyi tanımlanmış olmasına rağmen, yeme bozukluğu olanların sağlık algısı hakkında çok az şey bilinmektedir. Agüera (2021) çalışmasında, uzun süreli yeme bozukluklarının düşük sağlık algısı ve artan hastalık algısı ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir.^[33] Bu durum hastalardaki düşük motivasyon seviyelerini ve tedavinin erken evrelerinde yüksek bırakma oranlarını açıklayabilir. Yeme bozukluğu riskinin en aza indirilmesi, gelişmiş medya okuryazarlığı, kilo idealinin dengelenmesi, kilo ve yeme ile pozitif/sağlıklı bir ilişkinin teşvik edilmesiyle başarılabilir.^[29]

Sonuç olarak; Yeme bozuklukları her yaş, cinsiyet ve BKİ'ndeki bireylerde görülebilmekte ve birinci basamakta da belirlenebilmektedir. Sağlık algısı, yaş, çalışma durumu, depresif belirtiler ve ideal kilo isteği yeme bozukluğu riskini etkileyen faktörlerdir. Yeme bozuklukları ile ilişkili önemli tıbbi ve psikiyatrik morbidite göz önüne alındığında, sıklıklarının ve bunlarla ilişkili sorunları azaltmak için doğru yaklaşım kadar erken teşhis da çok önemlidir. Bu nedenle birinci basamak hekimleri kendisine başvuran tüm bireylere yeme bozukluğu semptomlarını sorgulama konusunda dikkatli olmalıdır.^[34,35] Aile hekimleri kendilerine herhangi bir nedenle başvuran hastalara hızlı ve güvenilir bir tarama aracı olan SCOFF ölçeğini uygulayarak yeme bozuklukları riskini erkenden tespit edebilir. Yeme bozukluklarının sıklıklarının ve ciddiyetlerini azaltmak için, erken teşhisi, tedavinin takibi ve hastanın izlemi multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Bu ekip sorumlu diğer uzmanlar ile birlikte birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin de dahil olması gereken bir alandır.

Etik Kurul Onayı: Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (18.11.2022 - 2022/4051).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Necmettin Erbakan University Non-Pharmaceutical and Non-Medical Device Research Ethics Committee (18.11.2022 - 2022/4051).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı (çeviri Köroğlu E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992 erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
3. Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Body image among adolescents: association with sexual maturation and symptoms of eating disorders. Braz J Psychiatr. 2010; 59(3): 198–202.
4. Hoek HW, Hoeken DV. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders, Int J Eat Disord 2003;34(4):383-96.

5. Sahin O. Eating Disorders in Primary Care. *J Fam Med-Special Topics* 2012;3(2):30-6.
6. Gustafsson SA, Stenström K, Olofsson H, Pettersson A, Wilbe Ramsay K. Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *J Eat Disord.* 2021;9(1):156.
7. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med.* 2020;35(3):885-893.
8. Maguen S, Hebenstreit C, Li Y, et al. Screen for Disordered Eating: Improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018;50:20-25.
9. Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2021;103(1):22-32. Erratum in: *Am Fam Physician.* 2021;103(5):263.
10. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assesment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319:1467-8.
11. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther.* 2008;46(5):612-22.
12. Petisco-Rodríguez C, Sánchez-Sánchez LC, Fernández-García R, Sánchez-Sánchez J, García-Montes JM. disordered eating attitudes, anxiety, self-esteem and perfectionism in young athletes and non-athletes. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6754.
13. Hosoda Y, Ohtani T, Hanazawa H, et al. Establishment of a Japanese version of the Sick, Control, One Stone, Fat, and Food (SCOFF) questionnaire for screening eating disorders in university students. *BMC Res Notes.* 2021;14(1):142.
14. Sanchez-Armass O, Raffaelli M, Andrade FCD, et al. Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among Mexican university students. *Eat Weight Disord.* 2017 Mar;22(1):153-160.
15. Kadioglu H, Yildiz A. The validity and reliability of the Turkish version of the health perception scale. *J Med Sci* 2012;32:47-53.
16. Brandon LJ, Proctor L. Comparison of health perceptions and health status in African Americans and Caucasians. *J Natl Med Assoc* 2010; 102: 590-97.
17. Aydemir O, Koksall B, Sapmaz S, Yuceyar H. Reliability and validity of Turkish form of SCOFF Eating Disorders Scale', *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015;16:31-5.
18. Banas A, Januszkiwicz-Grabias A, Radziwiłłowicz P, Smoczynski S. Follow-up study of quality of life and treatment of eating disorder: dynamics of the depressive and anxiety symptoms. *Psychiatr Pol.* 2002;36(6 Suppl):323-9.
19. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J.* 2020;50(1):24-29.
20. Lichtenstein MB, Hemmingsen SD, Støving RK. Identification of eating disorder symptoms in Danish adolescents with the SCOFF questionnaire. *Nord J Psychiatry.* 2017;71(5):340-347.
21. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Aug;14(4):406-14.
22. Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2013;46:433-39.
23. Richson BN, Johnson SN, Swanson TJ, Christensen KA, Forbush KT, Wildes JE. Predicting probable eating disorder case-status in men using the Clinical Impairment Assessment: Evidence for a gender-specific threshold. *Eat Behav.* 2021;42:101541.
24. Thapliyal P, Mitchison D, Mond J, Hay P. Gender and help-seeking for an eating disorder: findings from a general population sample. *Eat Weight Disord.* 2020;25(1):215-220.
25. Masheb RM, Ramsey CM, Marsh AG, et al. DSM-5 eating disorder prevalence, gender differences, and mental health associations in United States military veterans. *Int J Eat Disord.* 2021;54(7):1171-1180.
26. Tavalacci MP, Ladner J, Dechelotte P. COVID-19 Pandemic and Eating Disorders among University Students. *Nutrients.* 2021 Nov 28;13(12):4294.
27. Vermeersch C. Occupational therapy and eating disorders, a care case study. *Soins Psychiatr.* 2018;39(316):31-33.
28. Safi F, Anisowicz AM, Colquhoun H, Stier J, Nowrouzi-Kia B. Impact of eating disorders on paid or unpaid work participation and performance: a systematic review and meta-analysis protocol. *J Eat Disord.* 2022;10(1):7.
29. Hay P, Mitchison D. Eating Disorders and Obesity: The Challenge for Our Times. *Nutrients.* 2019;11(5):1055.
30. Hayes JF, Fitzsimmons-Craft EE, Karam AM, Jakubiak J, Brown ML, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in youth with overweight and obesity: implications for treatment. *Curr Obes Rep.* 2018;7(3):235-246.
31. Sonnevile KR, Lipson SK. Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *Int J Eat Disord.* 2018;51(6):518-526.
32. Casper RC. Depression and eating disorders. *Depress Anxiety.* 1998;8 Suppl 1:96-104.
33. Agüera Z, Riesco N, Valenciano-Mendoza E, et al. Illness perception in patients with eating disorders: clinical, personality, and food addiction correlates. *Eat Weight Disord.* 2021;26(7):2287-2300.
34. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(8):746-51.
35. Hay PJ. Eating disorders from a primary care perspective. *Medical Journal of Australia,* 1998;169:342-3.