

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİNE
BAŞLAYAN ÖĞRENCİLERDE AİLE YAPISI
VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISININ YEME
BOZUKLUĞU RİSKİ İLE OLAN İLİŞKİSİ**

DR.AHMET ÖZTÜRK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2020

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİNE
BAŞLAYAN ÖĞRENCİLERDE AİLE YAPISI
VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISININ YEME
BOZUKLUĞU RİSKİ İLE OLAN İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR.AHMET ÖZTÜRK

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. MEHTAP KARTAL

UZM. DR. GİZEM LİMNİLİ

İÇİNDEKİLER	SAYFA
TABLO LİSTESİ	III
KISALTMALAR	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	5
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yeme Bozuklukları	7
2.1.1. Anoreksiya Nervosa (AN)	8
2.1.1.1. Tarihsel Gelişim	8
2.1.1.2. Tanı Ölçütleri	9
2.1.1.3. Epidemiyoloji	11
2.1.1.4. Klinik Bulgular	12
2.1.1.5. Etiyoloji	14
2.1.1.6. Prognoz	15
2.1.1.7. Tedavi	16
2.1.2. Bulimiya Nervosa (BN)	16
2.1.2.1. Tarihsel Gelişim	16
2.1.2.2. Tanı Ölçütleri	17
2.1.2.3. Epidemiyoloji	18
2.1.2.4. Klinik Bulgular	19
2.1.2.5. Etiyoloji	19
2.1.2.6. Prognoz	20
2.1.2.7. Tedavi	20
2.1.3. Diğer Yeme Bozuklukları	21
2.1.3.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	21
2.1.3.2. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu	22
2.1.3.3. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu	22
2.2. Yeme Bozukluğunun Aile Yapısı ile İlişkisi	22

2.3. Sosyal Görünüş Kaygısı	24
2.4. Yeme Bozukluğunun Sosyal Görünüş Kaygısı ile İlişkisi	25
2.5. Aile Hekiminin Yeme Bozukluğu Riskinin Değerlendirilmesi ve İzlemindeki Yeri	25
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	26
3.1. Araştırmanın Uygulanması	26
3.2. Veri Toplama Araçları	27
3.2.1. Sosyodemografik Anket Formu	27
3.2.2. Yeme Tutum Testi (YTT)	27
3.2.3. Aile Yapısını Değerlendirme Aracı (AYDA)	28
3.2.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ)	30
3.3. İstatistiksel Analizler	30
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
6.1. Sonuç	55
6.2. Öneriler	55
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	67
8.1. EK 1 Etik Kurul İzni	67
8.2. EK 2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	68
8.3. EK 3 Sosyodemografik Veri Anket Formu	69
8.4. EK 4 Yeme Tutum Testi	71
8.5. EK 5 Aile Yapısını Değerlendirme Aracı	73
8.6. EK 6 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	75

TABLolar

Tablo 1. DSM V'e göre AN tanı ölçütleri

Tablo 2. DSM V'e göre BN tanı ölçütleri

Tablo 3. DSM V'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı kriterleri

Tablo 4. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 5. Öğrencilerin Aileleri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6. Öğrencilerin Ebeveynlerinin Karakter Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 7. Aile Sağlık Durumu-Fazla Kilolu Birey Dağılımı

Tablo 8. Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Risklerine Göre Dağılımı

Tablo 9. Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Riskinin Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 10. Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Risk Durumu ile Ailelerine Ait Bazı Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 11. Yeme Bozukluğu Riski ile Ailedeki Bireylerinin Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 12. AYDA Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Ortalama Puanları

Tablo 13. Öğrencilerin VKİ ve AYDA Puanı İlişkisi

Tablo 14. Aile Sağlık Durumu-Fazla Kilolu Birey ve AYDA Puanı İlişkisi

Tablo 15. Yeme Bozukluğu Riski ile AYDA Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 16. Öğrencilerin Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puanları

Tablo 17. Öğrencilerin VKİ ve SGKÖ Puanı İlişkisi

Tablo 18. Aile sağlık durumu-psikiyatrik hastalık ve SGKÖ ilişkisi

Tablo 19. Yeme Bozukluğu Riski ile SGKÖ Arasındaki İlişki

Tablo 20. Yeme Bozukluğu Riski ile İlişkili Etmenlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

KISALTMALAR

AN: Anoreksiya Nervoza

BN: Bulimiya Nervoza

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

YTT: Yeme Tutum Testi

AYDA: Aile Yapısı Değerlendirme Aracı

SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

YB: Yeme Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OR: Odd's Ratio

GA: Güven Aralığı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez çalışmamın her anında yardımları, katkıları ve büyük emekleri geçen tez danışmanlarım başta Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a ve Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ'ye, asistanlığım boyunca akademik katkılarının yanında, yeni bakış açıları kazanmamda katkıları olan Prof. Dr. Nilgün Özçakar, Prof. Dr. Dilek Güldal, Prof. Dr. Vildan MEVSİM, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR, Uzm. Dr. Neslişah GAFUROĞLU TAN, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a, DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı çalışanlarına, tüm asistan arkadaşlarıma ve aileme teşekkür ederim.

Dr. Ahmet ÖZTÜRK

ÖZET

Dokuz Eylül Üniversitesine Başlayan Öğrencilerde Aile Yapısı ve Sosyal Görünüş Kaygısının Yeme Bozukluğu Riski ile Olan İlişkisi

Dr. Ahmet ÖZTÜRK, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İZMİR

Yeme bozuklukları, sağlığı veya psikososyal işlevi bozan sürekli bir yeme veya yeme ile ilişkili davranış bozukluğu ile kendini gösterir. Yaş, cinsiyet, sosyokültürel durum, psikolojik etmenler, kişinin özellikleri, genetik faktörler ve biyolojik etmenlerin yeme bozukluğunda etkili olduğu öne sürülmüştür. Yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı gün geçtikçe artmakta olup, yeme bozukluğu ile ilişkili faktörler çoğunlukla yeme bozukluğu tanısı olan bireyler üzerinde çalışılmıştır. Bu çalışmanın amacı üniversiteye yeni başlayan öğrencilerde yeme bozukluğu riski ile aile yapısı ve sosyal görünüş kaygısının ilişkisini saptamaktır.

Kesitsel analitik tipteki çalışma, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Yerleşkesindeki Denizcilik, Fen-Edebiyat, Hukuk, Mimarlık, Mühendislik, İşletme Fakültelerine 2018-2019 döneminde başlayan öğrencilerden 683'ü ile yüz yüze anket yöntemi uygulanarak Eylül 2018'de yapılmıştır. Kullanılan veri formu öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, 40 sorudan oluşan Yeme Tutum Testi (YTT), 36 sorudan oluşan Aile Yapısını Değerlendirme Aracı (AYDA) ve 16 sorudan oluşturulan Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğini (SGKÖ) içermektedir. Elde edilen veriler, SPSS 22.0 programında ki-kare, t testi ile ANOVA testleri kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edildi.

Katılımcıların %10,2'sinde yeme bozukluğu riski bulunmuştur. Yapılan analizlerde kadın cinsiyet ($p=0,013$), yaşın küçük olması ($p=0,022$), babanın otoriter olması ($p=0,029$), sosyal görünüş kaygısı ($p=0,010$) ve aile yapısının daha olumsuz olarak değerlendirilmesi ($p=0,022$) yeme bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Yeme bozukluğu riski olanların, AYDA puan ortalaması düşük bulunmuştur. Bu da yeme bozukluğu riski olanların aile yapılarının, risk olmayanlara göre daha problemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca yeme bozukluğu riski olanlarda sosyal görünüş kaygısı daha fazla gözlenmiştir.

Yeme bozukluğu riski olan gençler değeriendirilirken aile yapıları da göz önünde bulundurulmalıdır. İleride yeme bozukluğu riski olan gençlerin ebeveynlerin, aileleri hakkındaki düşünceleri içeren çalışmaları yapılabilir.

Anahtar kelimeler: Yeme bozukluğu, Sosyal görünüş kaygısı, Aile yapısı



ABSTRACT

The Relation of Family Structure and Social Appearance Anxiety to Eating Disorder Risk in Students Starting at Dokuz Eylül University

Eating disorders are manifested by a continuous eating or eating-related behavior disorder that impairs health or psychosocial function. It has been suggested that age, gender, sociocultural status, psychological factors, person's characteristics, genetic factors and biological factors are effective in the occurrence of eating disorders. The incidence of eating disorders in the society is increasing day by day, and the factors related to eating disorder are mostly studied on individuals with definite diagnosis. The aim of this study is to determine the relationship between the risk of eating disorders and family structure and social appearance anxiety of students starting university.

The cross-sectional analytical study was carried out with face-to-face survey methods in September 2018 with the participation of 683 of the students who started Faculties of Maritime, Science-Literature, Law, Architecture, Engineering and Business at the Dokuz Eylül University Tınaztepe Campus in the 2018-2019 period. The data form used includes students' sociodemographic characteristics, Eating Attitude Test (EAT-40) consisting of 40 questions, Family Structure-system Assessment Device (AYDA) consisting of 36 questions and Social Appearance Anxiety Scale (SAAS) consisting of 16 questions. The data obtained were evaluated in SPSS 22.0 program using chi-square, t test and ANOVA tests. For statistical significance $p < 0.05$ was accepted.

Eating disorder risk was found in 10.2% of the participants. In the analysis, female gender ($p = 0.013$), young age ($p = 0.022$), father being authoritarian ($p = 0.029$), presence of social appearance anxiety ($p = 0.010$) and family structure defined more negative ($p = 0.022$) were found to be related with eating disorder. The AYDA score average of those at risk of eating disorders was found to be low. This shows that family structures of those at risk of eating disorders are more problematic than those without risk. In addition, social appearance anxiety was observed more in those at risk of eating disorders.

Family structures should also be considered when evaluating young people at risk of eating disorders. Studies involving the thoughts of young people and parents at risk of eating disorder about their families are recommended to be conducted in the future.

Keywords: Eating disorder, Social appearance anxiety, Family structur



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme Bozuklukları (YB) günümüzde hızla artmakta olan hastalıklardandır (1). DSM-V sınıflandırılmasında yeme bozukluğu Pika, Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu olarak sekiz grupta toplanmakta olup tanı ölçütlerinde de değişiklikler yapılmıştır (2). Yeme bozukluğu için risk faktörleri arasında sosyokültürel, ailesel ve kişisel alanlar sayılabilir (3). Yeme bozukluğu riski ise yeme bozukluğu belirtilerinin, tutum ve davranışlarının normale göre arttığını ifadede etmektedir (4). Bununla birlikte yeme bozukluklarının gelişimi aile işlevselliği, ailede yeme bozukluğu öyküsü, düşük benlik saygısı, duygu durum bozuklukları, madde kötüye kullanımı, obezite, kilo ve yemek uğraşları, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), kötü olaylara maruz kalma öyküsü, cinselliğin kabulü ve ergenlik problemleri gibi çok etkenli yaklaşımlarla açıklanmaktadır (5). Tozzi ve arkadaşları ise yeme bozukluğu olan hastalarda yaptıkları çalışma sonuçlarına göre, hasta perspektifine göre, hastaların stres, kontrolcü yapı, kilo verme isteği, cinsel istismar, mükemmeliyetçilik gibi birçok faktör arasından aile işlev bozukluğunu daha fazla oranda hastalıklarının nedeni olarak öne sürmüşlerdir (6).

Yeme bozukluğu olan hastaların ailelerinde olumsuz, çatışmalı bir atmosferin bulunması, kaynaşma ve duygu ifade düzeyinin düşük olması tipiktir. Ebeveynleriyle ilgili çalışmalarda hastaların babaları soğuk ve uzak kişiler, anneleri ise genellikle hastaya fazla müdahale eden kişiler olarak tanımlanmıştır. Aile işlevselliğinin, yeme bozukluğu hastalarında sağlıklılara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (7). Bunun yanında aile işlevselliği ile yeme bozukluğu arasında ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (8,9). Aile yapısı ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmaların bir kısmında yeme bozukluğu tanısı olanların aile yapısını incelemiştir. Ülkemizde konuyla ilgili yapılan birkaç çalışmada sınırlı büyüklükte örneklemeler kullanılmış ve yeme bozukluğu riski ile aile yapısı arasında ilişki gösterilememiştir (10).

Yeme bozukluğu görülenlerde kişinin benliği hakkındaki olumsuz düşünce ve etkilenimleri, daha çok vücuda odaklanır (10). Ayrıca, yeme bozukluğu olanlarda görünüşleriyle ilgili negatif geribildirimlere ilgi artar ve bu da daha sonraki semptomların gelişimini hazırlar (11). Bireyin bedeniyle ve görünüşüyle ilgili olumsuz beden imajı olarak tanımlanan sosyal görünüş kaygısı ile yeme bozukluğu riski arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar çok sınırlı olmakla birlikte Anoreksiya nervroza ve bulimia nervroza semptomlarıyla ilişkisi olduğu gösterilmiştir (12).

Son dönemde sosyal görünüş kaygısı ile yeme bozukluğu riski arasında çalışmalar yapılmaktadır. ABD’de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğunun sosyal anksiyete, görünüş kaygısı ile ilişkili olduğu görülmüştür (13). Ülkemizde 2019 yılında yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu riski ile sosyal görünüş kaygısı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (14).

Yeme bozukluğu riski ile ilişkili faktörleri gösteren literatür incelendiğinde, yeme bozukluğu riski ile aile yapısı ilişkisini araştıran çalışmaların sayısı az olduğu gibi çalışılan örneklemin de kısıtlı olduğu göze çarpmaktadır. Bu kısıtlılık yeme bozukluğu riski ile aile yapısının ilişkisinin bulunamamasının nedeni olabilir. Çalışmamızın amacı daha geniş bir örneklemla aile yapısı ile yeme bozukluğu riski arasındaki ilişkiyi araştırmak ve son zamanlarda yapılan çalışmalardan yeme bozukluğu riski ile ilişkisi olabileceği düşünülen sosyal görünüş kaygısının yeme bozukluğu riski ile ilişkisinin olup olmadığını araştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı gün geçtikçe artmakta olup giderek daha ciddi bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Görülme sıklığındaki bu artışın pek çok nedeni olabilir. Bu nedenler arasında tanı koyma ve değerlendirme araçlarındaki gelişmeler, tedavi seçeneklerindeki ilerlemeler, hastalığa karşı giderek artan farkındalık düzeyi ve Batı kültürü toplumlarında kişinin başarılı ve mutlu hissetmek için uygun bir vücuda sahip olma şartını öne süren baskıların artışı sayılabilir (7). Olumsuz beden imajı ve düşük benlik saygısı, şişmanlamaktan korkma, kronik biçimde diyet yapma ve zayıf olmaya yönelten sosyal baskıların olması, yeme bozuklukları için belirtilmiş risk faktörlerinden bazılarıdır (15,16).

Yeme bozuklukları genelde ergenlik ya da erken erişkinlik dönemlerinde ortaya çıkar, ancak bazı bildirilen olgularda çocuklukta veya erişkinliğin ileri dönemlerinde de ortaya çıktığı gösterilmiştir. Anoreksiya nervoza (AN) genel olarak en sık erken-orta ergenlik, Blumia nervoza (BN) ise en sık geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde ortaya çıkmaktadır (17).

Yeme bozuklukları özellikle genç kadınlar arasında olmak üzere, sıklığı ve önemi giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Yeme bozukluğu olan hastalar depresyon, anksiyete, madde kötüye kullanımı ve özkıyım gibi psikolojik ve sosyal sorunlar için de risk altında bulunmaktadır. Yeme bozukluklarına bağlı olarak yaşam kalitesinde azalma, üreme yetisinin kaybı, ciddi tıbbi sorunlar ve mortalite gibi komplikasyonlar görülebilir (18). Bu noktada yeme bozukluklarının erken tanısı için yapılacak etiyolojik çalışmalar ve hastalığın tedavisinde dikkat edilecek etkenlere odaklanan araştırmalar önem kazanmaktadır.

Ülkemizde 636 kadın üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %6,3'ünde yeme bozukluğu riski tespit edilmiştir (19). Yine ülkemizde yapılan başka çalışmalarda Baş ve arkadaşları 783 erkek ve kadın üniversite öğrencisinin %11,5'inde bozulmuş yeme davranışlarına rastlamıştır (20). Uludağ Üniversitesi'nde kadın ve erkek üniversite öğrencilerinden oluşan

1000 kişide yapılan bir çalışmada ise öğrencilerinin %22,6'sının yeme tutumlarının bozuk olduğu ifade edilmiştir (21).

Son yıllarda yeme bozuklukları ve belirtileri üzerine yapılan çalışmalarda AN ve BN etiyolojisi ve risk faktörleri ile ilgili pek çok bulgu elde edilmiştir. Yeme bozukluğunun kimlerde gelişeceğini öngörecekt tek bir faktör olmadığından, bu bozuklukların etiyolojisini belirlemek için biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenleri içeren çok boyutlu bir yaklaşıma gerek olduğu ifade edilmektedir (22). Yeme bozukluklarının genetik, nörokimyasal, psikogelişimsel ve sosyokültürel etkenlerin bir birleşimi sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir (23-26).

2.1.1. ANOREKSİYA NERVOZA (AN)

Anoreksiya Nervozası tıbbi bir nedenle açıklanamayan belirgin kilo kaybı, yeniden kilo alımının reddi ve kilo vermeyi sürdürme veya koruma konusunda kararlılık ile karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Hastalar kilolarının normalin altında olduklarını inkâr edebilirler (27).

2.1.1.1. Tarihsel Gelişim

Sir Willam Gull, Anoreksiya Nervozayı 1874'te tıp literatürüne dahil etmesine rağmen, 14. yüzyılda da Anoreksiya Nervozası ile belirgin benzerlikler gösteren belirtileri olan hastalardan söz edildiğine rastlanmıştır. 1600'lü yıllardan önce "Holy Anorexia" yani kutsal anoreksiya olarak bilinmekte olup, dini yayınlarda anoreksiya koyu sofuculuk, çilecilik, dünya zevklerinden vazgeçme olarak kabul edilmekte ve özenilen bir durum olarak belirtilmekteydi. 1600'lü yıllardan sonra bu durum daha çok tıbbi bir durumla ilişkilendirilmeye başlamıştı (28).

AN, ilk kez 1873'de Laségue tarafından "De l'Anorexie Hysterique" adlı makalesinde klinik bir patoloji olarak tanımlanmıştır. Laségue, iştah ve histeri ilişkisinden yola çıkarak histerik anoreksi ifadesini kullanmıştır. Hastalığın etiyolojisinde emosyonel faktörlerin, hasta ve ailesi arasındaki karşılıklı etkileşimin öneminin üzerinde durmuş ve belirtileri histerik özellikler olarak değerlendirmiştir. Daha sonra 1874'te Sir William Gull tarafından "Anorexia

Nervosa” terimi kullanılarak ergenlik çağındaki kadınlarda daha sık görülen, uzun süreli açlık ve az kalori alımına bağlı metabolik işlevlerde bozulmanın söz konusu olduğu psikiyatrik tablo olarak tanımlanmıştır. Ayrıca Gull, hastaların tedavide iş birliği kurmak konusundaki zorluklarını da belirtmiştir (29).

1930 yılında Berkman tarafından AN’deki fizyolojik sorunların, psikolojik sorunlara ikincil olarak ortaya çıktığı ifade edilmiştir. Hilde Bruch, Arthur Crisp ve Gerald Russell’in görüşleri ile 20. yüzyıl ortalarında AN literatürüne en önemli ve modern katkılar yapılmıştır. Bruch, AN’yi otonomi, yeterlilik ve kontrol duygularını sürdürebilmek için yapılan bir girişim olarak ele almıştır. Bunun aksine Crisp gelişimsel modelle olayı irdeleyerek bir ergenin kilo alarak çocukluktan erişkinliğe doğru olgunlaşma aşamasında geçirdiği biyolojik ve psikolojik deneyimlerle AN oluşum nedenlerinin birbirlerine bağlı olduğunu öne sürmüştür. Russell’in bakış açısı da aşırı şişmanlama korkusunu bu teoriye dahil etmek dışında Crisp ile benzer olmuştur (29).

Günümüzde bipolar affektif bozukluk, şizofreni, histeri, kompulsiyon nevrozu, fobi, sınırda kişilik bozukluğu gibi farklı tanı gruplarıyla AN ilişkilendirme eğilimi doğmuştur (27).

Özetle AN, tarih boyunca görülen ve bildirilen bir fenomen olmuştur. AN’nin kaynağı ve nedenleri hakkındaki görüşlere modern klinisyenler tarafından da katkı sunularak günümüzdeki değerlendirme ve tedavi yöntemleri oluşmuştur.

2.1.1.2. Tanı Ölçütleri

Yeme bozukluklarından DSM II’de “beslenme bozuklukları” olarak Başka Yerde Sınıflandırılmayan Özel Belirtiler başlığı altında bahsedilmiştir. 1980 yılında DSM III’ün yayınlanmasıyla birlikte yeme bozuklukları “çocukluk ve adölesan dönemde ortaya çıkan bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM IV’te (1994) ise yeme bozuklukları artık bağımsız bir başlık altında tanımlanarak, tanı ölçütleri Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza olarak ayrı ayrı ifade edilmiştir (30). DSM-V’te (2013) yeme bozuklukları sekiz başlık altında toplanarak; Pika, Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve

Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (2).

AN için DSM-V'e göre tanı ölçütleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. DSM V'e göre AN tanı ölçütleri

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

AN, ICD-9'da başka yerde sınıflandırılamayan belirti ve sendromlar başlığı altında bir tanı kategorisi olarak belirtilmiştir. ICD-10'da ise "fizyolojik bozukluklar ve fiziksel etkenlerle bağlantılı davranışsal sendromlar" ana başlığı altında bulunan yeme bozuklukları alt başlığı içinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almıştır (31).

DSM-IV'te olduğu gibi DSM-V'te de AN'nin iki tipi tanımlanmıştır. Kısıtlayıcı tür, kişinin, son 3 ay içinde yinelenen tıknırcasına yeme veya çıkarma (örn. kendi kendini kusturma veya laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar veya lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt tür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümüleri tanımlar. Tıknırcasına yeme/çıkarma türü ise, kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ve/ya çıkarma (örn. kendi kendini kusturma veya laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar veya lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur. AN'da hastalığın farklı evrelerinde bu tiplerin birinden diğerine dönüşebildiği ifade edilmektedir (32).

Ayrıca DSM-V'te tam olmayan yatışma gösteren ve tam yatışma gösteren olarak tarif edilen iki durumdan bahsedilir. Tam olmayan yatışma gösteren durum,

AN için tanı ölçütlerini daha önce tam olarak karşıladıktan sonra A tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır. Ancak B tanı ölçütü (kilo almaktan veya şişmanlamaktan çok korkma veya kilo alımını güçleştiren davranışlarda bulunma) veya C tanı ölçütü (vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili kendilik algısı bozuklukları) yine karşılanmaktadır. Tam yatışma gösteren ise AN tanı ölçütlerini daha önce tam olarak karşılarken daha sonra hiçbir tanı ölçütünün uzunca bir süredir karşılanmaması durumu olarak ifade edilmiştir (2).

DSM-V'e göre tanı esnasında hastaların ağırlıkları da belirtilmelidir. Erişkinler için o sıradaki vücut kitlesi indeksine (VKİ) göre, çocuklar ve gençler için ise vücut kitle persantiline göre ağırlığın en düşük düzeyi belirlenir. Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorisine göre erişkinler için değer aralıkları ağır olmayan ($VKİ \geq 17 \text{ kg/m}^2$), orta derecede ($VKİ 16-16,99 \text{ kg/m}^2$), ağır ($VKİ 15-15,99 \text{ kg/m}^2$), aşırı düzeyde ($VKİ < 15 \text{ kg/m}^2$) olarak ifade edilmiş olup çocuklar ve gençler için bunlara karşı gelen VKİ persantilleri kullanılacağı ifade edilmektedir (2).

2.1.1.3. Epidemiyoloji

AN'nin erkek ve kadınlarda başlangıç yaşları ile ilgili yapılan çalışmalarda henüz tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bununla birlikte tipik olarak 13 ila 20 yaşları arasında olduğu, 17-18 yaşlarında ise zirve yaptığı belirtilmektedir (33). Bir çalışmada erkeklerde kadınlara göre daha geç yaşta ortaya çıktığı bildirilmekle beraber Crisp ve Burns tarafından AN'nin erkek ve kadınlarda benzer yaşlarda ortaya çıktığı ifade edilmiştir (34).

Erkeklerde ve kadınlarda görülme sıklığı ele alındığında ise AN başta olmak üzere yeme bozuklukları kadınlarda daha sık oranda görülmektedir (35). Yeme bozukluğu olanların yaklaşık %95'i kadın olmakla birlikte bedeninden memnun olmama ve kısıtlayıcı yeme tutumlarının erkeklerle oranla kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Kızların benlik imgeleri, daha çok kişiler arası ilişkilere bağlı olmasından kaynaklı, erkeklerle göre kişilerin kendileri hakkında ne düşündüğüne, çevrelerinden gelebilecek olumsuz tepkilere ve herkes tarafından sevilmeye daha fazla anlam yüklemektedirler. Dolayısıyla sosyokültürel

standartlara ve cinsiyet rollerine ilişkin beklentilere daha fazla duyarlı olmakta ve uyum göstermeye çalışmaktadırlar (36).

2003 yılında Hoek ve van Hooken tarafından yazılan bir derlemede AN'nin genç kadınlardaki ortalama prevalansı %0,3 olarak bulunmuştur (37). Toplum tabanlı bazı epidemiyolojik çalışmalarda ise kadınlarda AN'nin yaşam boyu prevalansı Amerika Birleşik Devletleri'nde %0,9, Finlandiya'da %2,2 olarak belirtilmiştir (38). AN'nin insidansı 100.000 kişi başına yılda 8 vaka olarak bulunmuştur. 1935'ten 1989 yılına kadar özellikle 15-24 yaşları arasındaki genç kadınlarda AN insidansında belirgin artış olmuştur. Bu artışın 90'lardan itibaren yavaşlayıp, durağan hale geldiği bildirilmiştir (37). Fakat ergen kızlar ve genç kadınlarda prevalansın %1'e ulaştığı tahmin edilmektedir (39). AN tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan, ancak AN semptomları bulunan genç kadınların oranıysa %5 olarak düşünülmektedir (13).

Bazı çalışmalar AN'nin batılı olmayan ve gelişmekte olan ülkelerde daha az sıklıkta olduğunu göstermektedir (38). Gelişmekte olan ülkeler grubunda olan ülkemizde ise 1990 yılında lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada AN prevalansı %0,2 olarak bulunmuştur (40). Üniversite öğrencilerinde yapılan geçmişteki çalışmalarda bu oran %0 ile %0,5 arasında değişmektedir (41,42).

Kullanılan tanı ölçütleri, toplumlar arasındaki demografik farklılıklar ve kayıt farklılıklarına göre epidemiyolojik veriler değişiklik göstermektedir. Hastalığın insidansı; hastane kayıtları ile yürütülen çalışmalarda, hastanenin kayıt sistemlerinin yetersiz ve düzensiz olması, hastaların önemli bir bölümünün tedaviye başvurmaması gibi nedenlerle gerçeği yansıtmayabileceği ve buna bağlı olarak bu verilerin etiolojiye dair genel bir hipotez kurmak için yeterli olmadığı belirtilmektedir (37).

2.1.1.4. Klinik Bulgular

Hastaların aşırı zayıf olması, AN'de klinik görünümde en dikkat çeken özelliktir. Hastalar yaş ve boylarına göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına rağmen kilo almaya karşı büyük bir direnç gösterirler. Beden ağırlıklarını kontrol etmek için gıda alımını kısıtlama, ağır fiziksel egzersizler, laksatif, diüretik, iştah azaltıcı maddeler kullanma ve kendilerinin uyardığı ya da spontan kusmalar gibi

yöntemler kullanırlar. Gıdalar veya yemek yeme, ağırlık ve bunlarla ilişkili konulara dair obsesif uğraşılara AN'li bireyler aşırı zaman ayırma eğilimindedirler (43). Düşük kalorili yiyecekleri tercih etme, küçük parçalar halinde yavaş yeme, yediklerinin kalorisini hesaplama, başkalarıyla birlikte yemekten kaçınma, başkaları için özel olarak yemek yapma ve onları yemeye zorlama, yiyeceklerinden saklayarak kurtulma gibi gıda ile ilgili aşırı uğraşlar bu hastalarda yaygın olarak gözlenir (44). Yüksek kalorili gıdalardan yeme üzerindeki kontrolün kaybedileceği korkusu ile kaçınma artar. Tüm bu nedenlerin sonucu olarak yeme bozukluklarında kısır döngü oluşmaktadır (3).

Karakteristik olarak, AN hastaları mükemmeliyetçi, uysal, yardımsever bireyler olarak tanımlanırlar. Ancak hastalığın başlaması ve diyet yapma belirginleştikçe önceki davranışları ile çelişen kişilik özellikleri göstermeye başlayabilirler (33). Hastalarda sosyal izolasyon yaygın olarak izlenir (45). İçeride dönüklük, emosyonel kısıtlılık, sosyal güvensizlik, kendini yadsıma, aşağılama, otonomi eksikliği, aşırı saygı, katı ve stereotipik düşünme kişilik özellikleri olarak ortaya çıkar (46). Hastalığın bazı özellikleri uzun süreli açlıkla açıklanabilir ve zamanla alevlenebilir. Malnütrisyonun ilerlemesiyle depresif duygudurum, anhedoni ve insomnia gelişebilir (47).

Çok az yemeleri nedeniyle eleştirilecekleri kaygısıyla topluma açık ortamlarda yemekten rahatsızlık duymaları nedeniyle bazı AN hastalarına sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konulabilir. Bu gibi durumlarda aile ya da çevresindeki arkadaşları hastanın yemesi konusunda ısrarcı bir tutum takınabildiğinden bu eleştirilme korkuları irrasyonel veya aşırı olabilir. Öte yandan pek çok AN hastasında hastalık öncesinde de toplum içinde yerken gereğinden fazla bir şekilde ne yedikleri ya da ne kadar yediklerinin yargılanmasıyla ilişkili olmayan olumsuz değerlendirilme korkuları bulunur. Başkalarının kendilerini yerken görmeleri durumunda tiksinti duyacakları üzerine kaygılıdırlar. Bu gibi durumlarda anksiyete bozuklukları ve AN arasındaki ilişki ortak risk faktörlerine dayanmaları sonucu da olabilir (48).

AN'nin fiziksel komplikasyonları sık görülmekle birlikte bunlar, kısa süreli amenoreden, potansiyel olarak geri dönüşsüz osteoporoza ilerleyebilen ve

sonuçta patolojik kırık oranlarını yükselten osteopeniye kadar birçok problemi içerebilir (49). Dehidratasyon, elektrolit bozuklukları, kardiyak-renal-gastrointestinal sorunlar, infertilite, prematüre doğumlar, hipotermi ve metabolizmadaki yavaşlamaya dair diğer bulgular AN'nin akut komplikasyonları arasında yer alır (50). Bu fiziksel komplikasyonlar AN'den ölümlerin büyük sebebi olmakla birlikte, intihar sonucu ölümler de sık görülür (51).

AN'deki laboratuvar anormallikleri temelde su, mineral ve organik bileşiklerin dengesizliğine bağlı ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında sitopeniler, karaciğer-böbrek fonksiyonlarında bozulma, sıvı-elektrolit ve endokrin işlevlerde yaygın bozukluklar yer alır (49). AN hemen tüm sistemleri etkilemekle birlikte, bunları açıklayacak spesifik nedene ait kanıtlar her zaman bulunamamaktadır. Çoğu zaman hastaların beslenme ve kilonun kazanılmasıyla bu bulgularda düzelme olmaktadır (52).

2.1.1.5. Etiyoloji

Yeme bozukluklarının gelişmesinde ve devam etmesinde özgün bir neden olmamakla beraber bireysel, ailesel, sosyokültürel ve gelişimsel etmenlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir (53).

Aile ve ikiz çalışmaları sonucunda AN'nin ailesel geçişinde genlerin rolünün olduğu düşünülmüştür. AN'nin yeme bozukluğu olan yakınları bulunan kişilerde daha sık görüldüğü ve kardeşlerden biri AN olan monozigotik ikizlerin, dizigotik ikizlerdekine göre hasta olma ihtimalinin yüksek olduğu bildirilmiştir (54).

Genetik faktörler, AN'nin etiyojisinde tanımlanmakla beraber hastalığın psikopatolojik yönü de göz ardı edilemez. Bedenle ilgilenme, fizik gelişimine paralel olarak özdeşim, sosyalleşme, özerklik kazanma, cinsel gelişim gibi ergenlik döneminin getirdikleridir. Yeni ihtiyaçlar ve yeni sembollerin keşfi, eski arzuların terkedilmesi beraberinde acı, sıkıntı ve garip bir yabancılik hissi oluşturur (55). Ergen bütünlüğünü ve kimliğini koruyabilmek için değişiklikleri silmeye ve aklındaki değişmemiş, çocuk bedenini sürdürmeye uğraşır. Kendisini erişkin hale sokacak olan tüm değişimleri durdurabileceğini düşler. Bu yönlerinden dolayı anoreksi, ergenlik döneminde görülen bir patolojidir (52).

Freud'e göre beslenmeyle ilişkili dürtülerde meydana gelen bir bozukluğun cinsel uyarımların idaresinde yaşanan başarısızlıkla ilişkilendirildiği yönündedir. 19. yüzyıl boyunca AN cinselliğin reddedilmesi, özellikle de "oral dölleme" fantezilerinin bir dışa vurumu olarak ve cinsel kimlik tercihinin ertelenme çabası olarak görülmekteydi, fakat modern psikanalitik yaklaşımda bu tutum bir tarafa bırakılmış, ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerinde durulmaya başlanmıştır. Günümüzde Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza ödipal dönemdeki cinsel ve agresif dürtülerin bastırılmasının bir dışa vurumu olarak görülmekten çıkmıştır. Ödipal dönem öncesi anne-çocuk ilişkisi üzerinde durulmaya başlanarak ayrışma ve bireyleşme alanında yaşanan başarısızlık yeme bozukluklarının temel nedeni olarak görülmeye başlanmıştır (24).

Özellikle hata yapma kaygıları ve mükemmeliyetçilik, AN gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. AN gelişimi için risk faktörleri arasında aşırı endişeli ebeveynler, bebeklikte ya da erken çocuklukta uyku veya yeme güçlükleri olması, çocukluk çağında anksiyete bozuklukları, kendini olumsuz değerlendirme ve olumsuz yaşam olayları yer alır (56).

2.1.1.6. Prognoz

AN'nin seyri değişken olmakla beraber hastaların küçük bir kısmında hastalığın ilk bir yılı içerisinde remisyon olur. Tanı konulduktan sonraki 10-20 yıl gibi daha uzun süreli izlemde ise hastaların yarısında tam iyileşme olduğu, üçte birinde belirtiler olmakla birlikte bir miktar düzelme olduğu ve %20 hastada ise bozukluğun kronikleştiği saptanmıştır (57). Bu kronikleşen hastaların önemli bir kısmında kilo artışı olur ve tanılar AN'den BN'ye döner (30).

AN genellikle kronik, iyileşme oranları düşük olup, belirgin morbidite ve mortaliteye sahiptir. AN tanısı 4 yıldan uzun olan hastalarla yapılmış bir çalışmada, tedaviye hastaların %24'ünde kötü ve %28'inde de orta derecede yanıt alınmıştır (57). En az 5 yıllık izlem sonucu AN olgusunda, tam iyileşmeden söz edilebilir. Ancak tıbbi ve psikososyal açıdan iyileşmiş hastalarda dahi beden algısı, yemek yeme ile ilgili düşünce ve davranış sorunları devam edebilmektedir. Bu da AN'de yinleme riskinin yüksekliğini açıklamaktadır (57).

AN’de hastalık süresinin kısa olması ve başlangıç yaşının küçük olması iyi prognoz göstergesi iken, başlangıçta beden ağırlığının düşük olması, kusma, tıknırcasına yeme, purgatif kötüye kullanımı, hastalığın kronik olması ve obsesif kompulsif kişilik belirtilerinin bulunması kötü prognoz göstergesidir (57).

2.1.1.7. Tedavi

AN’nin tedavisi güç ve tedavisinde multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirir. Hastanede yatırılarak tedavi gereken durumlar olmakla beraber, AN’de kanıta dayalı tek tedavi, “Maudsley modeli” denilen özgül bir aile tabanlı terapi türüdür (58). Bu modele göre tedavinin çocuklarda ve ergenlerde etkinliği gösterilmiştir (59). Bu yaklaşım ailedeki süreçlerin, hastalığın aile işlevselliğini nasıl etkilediği ve bu değişikliklerin hangi yollarla hastalığın sürmesine hizmet ettiği konularını belirlemek üzere incelenmesini gerektirir (23).

Ergenlerde AN tedavisine aile üyelerini katılımının önemini destekleyen kanıtlar bulunmakla beraber, ebeveynlerin fazla eleştirel olduğu durumlarda birlikte aile terapisi yerine ayrı aile grupları daha uygun olabilir. Erişkin hastalar için ise tedaviye aile üyelerinin katılmasını destekleyen bulgular sınırlı olup, bireysel psikoterapinin daha üstün olabileceği bulunmuştur (58). AN’de yeterli ve yavaş kilo alımı hedeflenmelidir. Tedavideki temel başarı ölçüsü, beden imgesi bozukluğunun iyi ele alınmasına dayanır. Bu yüzden tedavinin ilk hedefi, beden imgesi bozukluğunun düzeltilmesi olmalıdır. Kognitif-davranışçı psikoterapi beden imgesi bozukluğunun düzeltilmesinde oldukça etkilidir (57).

2.1.2. BULİMİYA NERVOZA

BN, yineleyen tıknırcasına yeme nöbetleri ve kilo almayı önlemek için uygunsuz dengeleyici davranışlar (kusma, laksatif, diüretik kullanımı, aşırı diyet ya da egzersiz) ile karakterize bir yeme bozukluğudur.

2.1.2.1. Tarihsel Gelişim

Yeme bozukluklarının tarihçesine yönelik bilgilerin çoğunda anoreksiya üzerine odaklanılmaktadır ve Bulimiya Nervoza teriminin ortaya çıkışı pek eskiye

gitmemektedir (60). Bununla birlikte 20. yüzyılın başından itibaren literatürde bulimiya belirtileri sergileyen olgular bildirilmeye başlanmıştır (61).

1979'da Russell, bulimiya nervozayı ayrı bir durum olarak tanımlamış ve BN hastalarına dair üç özellikten söz etmiştir:

1. Güçlü ve karşı konulmaz bir aşırı yeme arzusu.
2. Kusarak ve/ya müshil kullanarak gıdaların kilo aldırıcı etkisinden kaçınmak.
3. Şişmanlamaktan aşırı korku duymak şeklindedir (60).

1979'da Russell'in tanımlamasından sonra 1980'de DSM-III'e "Bulimi" olarak girmiş, DSM-III-R ile de "Bulimiya Nervoz" olarak belirlenmiştir.

2.1.2.2. Tanı Ölçütleri

DSM-III'te (1980) "Çocukluk ve Adolesan Döneminde Ortaya Çıkan Bozukluklar" ana başlığı altındaki "Yeme Bozuklukları" alt başlığı altında "Bulimi" olarak DSM III-R'da da "Bulimiya Nervoz" olarak yer almıştır. DSM IV'te ayrı bir ana başlık olarak "Yeme Bozuklukları" içinde son yerini alan BN, DSM-V'de "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" içinde yer almıştır.

Tablo 2. DSM V'e göre BN tanı ölçütleri

- | |
|---|
| <p>A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir;</p> <ol style="list-style-type: none">1. Benzer koşullarda benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği ayrı bir zaman diliminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.2. Bu dönem sırasında yemek yeme ile ilgili denetimin kalktığı duyusunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu) <p>B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.</p> <p>C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama 3 ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.</p> <p>D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.</p> <p>E. Bu bozukluk yalnızca AN dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.</p> |
|---|

DSM-V'e göre eğer varsa tam yatışma gösteren ve tam olmayan yatışma gösteren BN durumu belirtilmelidir (2).

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

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

Ayrıca uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre hastalık 4 dereceye ayrılmıştır;

Ağır olmayan: Ortalama haftada 1-3 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Ağır: Ortalama haftada 8-13 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ve üzeri kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

2.1.2.3. Epidemiyoloji

BN, Anoreksiya Nervoza'ya göre daha geç yaşlarda ortaya çıkmakla beraber sıklıkla geç ergenlik veya genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır (62). BN prevalansı genç kadınlarda %1, genç erkeklerde %0,1 olarak saptanmıştır. BN insidansının ise 100.000'de 12 olgu olduğu bulunmuştur (35). Finlandiya'da 9000 ergende yapılan bir çalışmada kızların %1,8'i, erkeklerin %0,3'ü BN tanısı alırken, katılımcıların %14,4'ünde herhangi bir bulimik yeme davranışı olduğu bulunmuştur (63). ABD'de 3000 ergende yapılan bir çalışmada kızların %42,6'sının diyet yaptığı, %5,6'sının kilo vermek için kustuğu, %2,2'sinin laksatif, %2,3'ünün diüretik, %3,6'sının zayıflama hapları kullandığı tespit edilmiştir (64).

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde Yeşilbursa (1990), 14-19 yaş arası 1978 öğrencide kızların %4,3'ünde, erkeklerin %0,6'sında BN saptamıştır

(40). Büyükkal (1995) ise DSM-IV-R ölçütlerine 15-18 yaş grubu 8000 öğrencinin göre %3'ünde yeme bozukluğu olduğunu saptamıştır. Bunların da %70'inin BN olduğunu belirtmiştir (65). Tüm bu çalışma sonuçlarına rağmen bulimiklerin normal kiloda olmasından dolayı toplumdaki gerçek yaygınlığı bulmak güçtür (66).

2.1.2.4. Klinik Bulgular

BN, AN ile birçok ortak klinik ve demografik özelliğe sahip olmakla beraber, hastaların aşırı miktarda ve kısa zaman aralıklarında yeme ve kilo almamak için kusma veya laksatif, diüretik kullanma ya da aşırı egzersiz yapma gibi çıkartma davranışları ile karakterizedir. BN sıklıkla AN' den sonra gelişir veya AN ve BN nöbetleri birbirini izlerler (52).

BN'de planlı ve gizli tıkinırcasına yeme epizodları bulunur. Tipik olarak yağlı, şekerli, yüksek kalorili gıdalar 30 dakika ile 1 saat süren periyotta tüketilir. Tıkinmanın başlangıcında bir rahatlama duygusundan söz edilirken, daha sonra bu duygunun yerini suçluluk ve tiksinti alır. Hastalar psikostimülan maddeler ya da iştah azaltıcılar kullanarak tıkinma epizodlarını durdurmaya çalışırlar. Bu tıkinırcasına yeme ve çıkartmalar gizli olarak yapıldığından ailelerin durumun farkına varmaları çok geç olur, hastaların bu tutumları tedavi aşamasında klinisyenleri de yanıltılabilir. Bu noktada hastaların çok iyi gözlenmesi ve aileden hastanın yeme davranışları ile ilgili bilgi alınması yol gösterici olacaktır (67).

BN'de fiziksel komplikasyonlar sık, mortalite oranı ise düşüktür. Kronik, tıkinırcasına yeme ve çıkartmanın şiddetli olduğu olgularda komplikasyonlar ciddi olabilir. Genellikle fizik muayene normal olmakla beraber bazı anormallikler de bulunabilir: Tükürük bezlerinde hipertrofi, ellerin dorsal yüzünde nasırlaşma, diş minesini erozyonu, ödem, ciltte kuruluk saptanabilir (68).

2.1.2.5. Etiyoloji

BN etiyojisinde genetik faktörlerin rol oynadığına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. BN için risk yaratan genlerin anksiyete, mükemmeliyetçilik, dürtüsellik ve gıdalarla obsesif uğraşlar gibi davranışsal özellikleri kodladığı

düşünülmektedir. Bunun yanında kültürel faktörlerin önemli olduğu da bilinmektedir. BN'nin kilo, beden biçimi ve görünümü üzerine aşırı önem verilen bir çevre ile kişide bulunan genetik yatkınlığın etkileşimiyle oluştuğu düşünülmektedir. Sonuç olarak BN gelişmesinde en muhtemel yaklaşımın gen ve çevre etkileşimi olduğu söylenebilir (69).

Diğer yandan yaygınlaşan Batı kültürü ile beraber toplumsal ve ekonomik değişimlerin getirdiği birçok yeni olgu bireysel alanda da değişimleri zorunlu kılmaktadır. Örneğin fast-food yalnızca bir yeme tarzını değil, neredeyse tüm günü biçimlendiren bir yaşam tarzını belirler. Hızlı gıda tüketimi, sessiz ve sinsice, bulimik atakların, tıknırcasına yemek yeme ataklarının zemini oluşturması düşünülmektedir (70).

2.1.2.6. Prognoz

İki yıldan uzun süreyi kapsayan izlem çalışmalarının çoğunluğunda hastaların %50'sinin remisyona sonlandığı, buna rağmen, hastaların %20'sinde bulimik semptomlarının yerleştiği, %30'unun ise remisyona ve relapslarla gittiği bildirilmiştir (71).

BN prognozunun AN'ye göre daha iyi olduğu gösterilmiştir. Hastalık süresinin kısa ve kişilik bozukluğunun olmaması iyi prognoza işaret olarak belirtilmiştir. Hastanın düşük beden kitle indeksinin olması, beden ağırlığı ile ilgili aşırı uğraşlarının bulunması, aşırı yeme nöbetleri ile kusmanın sık olması ve anoreksi eğilimi de tedaviyi güçleştiren faktörler olarak değerlendirilmiştir (71).

2.1.2.7. Tedavi

Medikal ve psikiyatrik değerlendirme sonrasında tedavide hastanın normal öğünler ile beslenmeye dönmesi ile tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışlarını terk etmesi hedeflenir (72).

BN tedavisinde bireysel psikoterapi teknikleri, kognitif davranışçı terapiler, aile terapisi, grup psikoterapisi ve farmakolojik tedavilerin etkinliği tartışılmaktadır (73). Bunlar içinde kognitif davranışçı psikoterapi en etkili tedavi yöntemlerinden biri olup hastadaki yanlış yeme tutumu ve beden ağırlığı ile aşırı uğraşın düzeltilmesi hedeflenir (72).

2.1. 3. DİĞER YEME BOZUKLUKLARI

DSM-IV'te Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu olarak bahsi geçen DSM-V'te ise yeni başlıklar altında belirtilmiştir (2). Bunlar:

1. Tıkınırcasına yeme bozukluğu
2. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu
3. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu

2.1.3.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

DSM-V'te tanımlanan başlıca BN'deki tıkınırcasına yeme davranışların olup, yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışların bulunmadığı yeme bozukluğudur.

Tablo 3. DSM V'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı kriterleri

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir: 1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme. 2. Bu dönem sırasında, yemek yeme ile ilgili denetimin kalktığı duygusunun olması. B. Tıkınırcasına Yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü veya daha çoğu eşlik eder: 1. Olağandan çok daha hızlı yeme. 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme 3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme 4. Nedenli yediğinden utandığı için kendi başına yeme 5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma. C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur. D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur. E. Tıkınırcasına yemeye, BN'de olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici

davranışlar eşlik etmez ve tıknırcasına yeme, yalnızca BN ya da AN'nin gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.1.3.2.Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, iş ile ilgili alanlarda işlevsellikte önemli bir düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti ve özelliklerinin baskın olduğu ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır (2).

2.1.3.3.Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğundaki gibi işlevsellikte kaybın bulunduğu, diğer beslenme bozukluklarının tanı kriterlerini tam olarak karşılayamayan, klinisyenler tarafından özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi ve zamanın olmadığı durumlarda kullanılır (2)

2. 2. YEME BOZUKLUĞUNUN AİLE YAPISI İLE İLİŞKİSİ

Aile, bir kurum olarak, her toplumda ve kültürde yüzyıllardır vardır. Pek çok insan, sosyal bilimciler ve hükümetler, ailenin toplum ve birey için gerçekleştirdiği fonksiyonlardan dolayı, aileyi yeri doldurulamaz bir olgu olarak düşünürler (74). “Ailenin ve Aile İçinde Çocuğun Korunması ve Çocuğun Statüsü Komisyonu Raporu”nda, aile, ilk sosyal deneyimlerin yaşandığı, yetişkin dünyasına ait ilk verilerin toplandığı, yüz yüze ve içten ilişkilerin en güçlü olduğu bir yapı olarak ifade edilmiştir (75). Aile, bireyin üzerinde toplumun etkisini hissettirdiği ilk yer olmakla beraber, birey ile ailesi arasındaki bağlantı insan psikolojisini anlamada büyük önem taşır (76).

Aile, bireyin kişiliğinin oluşumunda ve toplumsallaşmasında önemli bir faktör olarak, toplumun sosyokültürel özelliklerini bireye aktarmaktadır. Böylece aile, birey davranışlarını düzenleyici bir sosyal ortam özelliği kazanmaktadır. Bu bağlamda, bireyin kararlarını etkilemede, aile önceliklidir (77). Anne-baba tutumları açısından literatürde çeşitli sınıflandırmalar bulunmaktadır. Yavuzer

anne-baba tutumlarını aşırı baskıcı, otoriter tutum, güven verici ve hoşgörölü tutum olmak üzere dört grup altında toplamaktadır (78). Santrock ise anne-baba tutumlarını, yetkili, yetkeci (otoriter) ve serbest bırakan olarak sınıflandırmaktadır (79).

Yeme bozukluğunun gelişmesinde aile ortamının önemli bir rol oynadığı ve yeme bozukluğunun kendine has bozuk bir aile etkileşimi örüntüsü ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yeme bozukluğu hastaları, ebeveynlerinin kendilerine karşı aşırı koruyucu ama düşük düzeyde bakım gösterdiklerini belirtmiştir (80).

Bağlanma teorisine göre, anne ile çocuk arasındaki ilişkinin yeme bozuklukları gelişiminde önemli bir rol oynayabileceği, anne ile çocuk arasında oluşan güvenli bağlanma sonucu, çocuk dış dünya ile güven içinde etkileşim kurabilmektedir. Çocukluk döneme özgü davranışsal, bilişsel ve duygusal özellikler, ergenlik ve yetişkinlik döneminde kişinin kimlik gelişimini, kendine yeterlik ve öz güven gibi özelliklerini etkileyebilmektedir (81).

Özellikle AN'nin kısıtlayıcı tipinde, ebeveynlerin çocuklarını katı bir tavırla kontrol etmeye çalıştığı, bu aşırı ilginin de çocukların olgunlaşmasını engelleyerek onları ebeveynlerine bağımlı kıldığı düşünülmektedir. Bu aşırı ilgi gösteren ve ihmal eden tutum çocuklarda sahte bir benliğin gelişmesine sebep olmakta ve bedenlerine yönelik kısıtlayıcı ve zarar verici davranışlar sergilenmesine yol açmaktadır. Normal ailelerde ise çocuklar ailelerine güvenmekte ve onları kendilerine yakın hissetmektedirler (82). Yeme bozukluğu hastası bulunan ailelerde, ailenin çocuklarıyla ilişkilerindeki sorunları inkâr ettiği, mutlu bir aile tablosu çizdikleri görölmüştür. Bu, anoreksik ailelerin topluma mükemmel bir imaj sunma gereksinimi duyduklarını göstermektedir (82).

Yapılan araştırmalarda, yeme bozukluğu olan kişilerin ailelerinde, çeşitli psikopatolojilerin daha fazla rastlandığı görölmüştür (83). Benzer şekilde yeme bozukluğu olan kızların annelerinde de anormal yeme alışkanlıklarına rastlamıştır ve diğer annelere göre kızlarının kiloları ve görünüşleri konusunda daha eleştirel oldukları belirlenmiştir (84). Bir çalışmada, yeme bozukluğu olan annelerin,

çocuğun bedeni ile ilgili tutumunun, çocuk tarafından öğrenildiği ve içselleştirildiği öne sürülmüştür (85).

Yeme bozukluğu olan 126 hasta ve ebeveynleriyle yapılan bir çalışmada kızlar ve annelerinin aile ortamlarını ve işlevselliğini farklı değerlendirdiği saptanmıştır. Anneler kızlarına göre aile işlevselliğini daha sağlıklı ve daha az karmaşık bulmuştur. Kızların ve babaların aile işlevleri üzerine algıları arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır. Aile ortamı hakkında ebeveynler ve kızlarının görüşlerindeki farklılıkların işlevi bozuk bir aile paterninin sürmesine ve yeme bozukluğunun devam etmesine katkıda bulunabileceği ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir (86).

2.3. SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI

Sosyal görünüş kaygısı ile ilgili literatür incelendiğinde, konuya son zamanlarda ilginin artmakta olduğu görülmektedir.

Beden imajı, bireyin kendi bedeniyle ilgili duygu, düşünce ve algılamaları olarak tanımlanmaktadır. Olumlu beden imajı bireyin bedeninden memnuniyetini gösterir. Bireyin genel olarak vücuduyla ya da herhangi bir organıyla ilgili olumsuz düşünce ve duygularını, diğer insanlara göre kendisini çok daha az çekici bulmasını, bedeniyle ilgili kendisini rahatsız hissetmesini ve bedeninden utanması ise olumsuz beden imajı olarak ifade edilir. Olumlu beden imajına sahip bireyler, kişilik, karakter ve değerlerinin asıl belirleyicisinin görünüşleri olmadığına inanırlar ve yeme, kilo alma gibi konularda gereğinden fazla zaman harcamazlar (87).

Beden imajı bireyin benlik saygısını etkileyen önemli bir etkidir. Olumlu beden imajı yüksek benlik saygısı ile olumsuz imajı ise düşük benlik saygısı ile bağlantılıdır (88). Beden imajı, bireyin benlik saygısının yanında yeme davranışlarını, sosyal fobi düzeylerini, cinsel davranışlarını, sosyal ilişkilerini ve duygusal durumlarını da belirleyici bir etkisi vardır (89). Sosyal görünüş kaygısı, bireyin bedeniyle ve görünüşüyle ilgili olumsuz beden imajının bir sonucu olarak değerlendirilebilir (90).

2.4. YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI İLE İLİŞKİSİ

Sosyalleşme, kişinin toplumun beklentilerine uyumu ve bu beklentileri benimsemesidir (91). Sosyalleşme sürecinde kişi kendini kabul ettirme, beğenilme ihtiyacı duyar ve başkaları üzerinde olumlu bir izlenim bırakmak isterler. İnsanlar üzerinde olumlu izlenim bırakamayacağı düşüncesi kişide kaygı oluşturmaya başlamaktadır. Fiziksel görüntüsünden memnun olanların vücut algıları yüksek olup, fiziksel görüntüsüyle barışık olmayanlar ise daha içe kapanık, sosyal durumlarda yetersiz, kötümser ve kendine güvensiz olmaktadır (92).

Sosyal kaygı, insanın sosyal durumlarda uygunsuz davranacağı, kötü bir duruma düşeceği, olumsuz bir imaj çizeceği bu yüzden de başkalarınca zavallı, beceriksiz ve yetersiz olarak değerlendirileceği algısıyla yaşadığı korkuyu ifade eder (93). Sosyal kaygı, kişinin hayatını kısıtlayacak derecede olabilmektedir. Akılcı olmayan ve devamlı şekilde başka bireylerin varlığı kişide korku oluşturmaktadır (94). Sosyal görünüş kaygısı ise bireyin görünüşüyle ilgili olarak yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygıları ifade etmektedir (95).

2.5. AİLE HEKİMİNİN YEME BOZUKLUĞU RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İZLEMİNDEKİ YERİ

Modern tıp etiği uygulaması büyük ölçüde akut, epizodik, parçalanmış, sorun odaklı ve kurum merkezlidir. Aile hekimliği ise aksine, erişilebilir, kapsamlı, sürekli, bağlamsal, toplum odaklı ve hasta merkezli ilişki temelli bir bakım modeli üzerine inşa edilmiştir (96). Aynı zamanda aile hekimleri, kişilerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktası olmasının yanında, bakımda sürekliliği içerir (97). Bu nedenle her yaş grubunda olduğu gibi bireylerin genç erişkinlik döneminde karşılaşılabileceği sağlık sorunlarının neler olduğunu biliyor olmak, nedenlerinin ve önleme yollarını bilmek ve uygulamak da aile hekimliğinin görevlerindedir. Üniversite çağında olan gençlerin yeme bozukluğu ile ilişkisi gün geçtikçe artmaktadır (98). Bu riskin farkında olmak ve riski arttıran nedenleri bilerek çözüm yolları üretmek sağlığın korunması açısından önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma kesitsel analitik bir çalışmadır. Çalışma verileri İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Kampüsünde bulunan Denizcilik, Fen, Edebiyat, Hukuk, Mimarlık, Mühendislik, İşletme Fakültelerine 2018-2019 Eğitim ve Öğretim yılında lisans eğitimi için yeni kayıt olan öğrencilere 01.09.2018-30.09.2018 tarihleri arasında yüz yüze anket yöntemi uygulanarak toplandı. Araştırma evrenini belirtilen fakültelere kayıt olan 2700 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem sayısı belirlenirken;

$$n = N \cdot t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq \text{ formülü kullanılmıştır.}$$

Formüldeki;

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

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

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasını ifade etmektedir.

Çalışmada p değeri, mevcut literatürde yeme bozukluğu riski bu yaş gruplarında %5-%15 arasında değiştiği görüldüğünden dolayı 0,10; q değeri 0,90; d değeri 0,02 olarak alınmıştır. Örneklem büyüklüğü, kullanılan bu formüle göre 655 olarak hesaplanmıştır.

3. 1. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Çalışmaya katılacak öğrencilerden sözlü onam alınarak, anket formları ve ölçekler konusunda kısa bilgi verildi. Şu an tanı konulmuş yeme bozukluğu olup olmadığı soruldu. Hali hazırda tanı konulmuş ve/ya tedavi altında olan yeme bozukluğu olmayan öğrencilere çalışmaya katılmada gönüllülük durumunda araştırmacı tarafından mevcut literatürlerden yararlanılarak hazırlanan katılımcıların bazı özelliklerini kapsayan veri toplama aracı, Yeme Tutum Testi (YTT), Aile Yapısını Değerlendirme Aracı (AYDA) ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

(SGKÖ)'ni kapsayan anket ile değerlendirme yapıldı. Bu anket formları çalışmacı tarafından okunup cevapları çalışmacı tarafından kayda alındı.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Belirtilen fakültelere 2018-2019 Eğitim-Öğretim Yılında kayıt olan öğrencilerden çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar dâhil edildi. Hali hazırda yeme bozukluğu tanısı olan ve çalışmayı kabul etmeyen hastalar çalışmadan dışlandı.

3.2.1. SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

Öğrencilerin sosyodemografik verileri başta olmak üzere anket soruları yeme bozukluğu ile ilgili daha önceki literatürler incelenerek oluşturuldu. Sosyodemografik veri formunda öğrencilere yaşları, cinsiyetleri, boy ve ağırlıkları, kayıt oldukları fakülteleri, ekonomik durumları, kimle yaşadıkları, anne-baba sağlık ve birlikte yaşama durumları, aile tipleri, evde kaç kişi yaşadıkları, kardeş sayıları, anne-baba özellikleri, anne-baba eğitim düzeyleri, ailede fazla kilolu olup olmadığı, ailede psikolojik hastalığı olan birey olup olmaması, öğrencilerin kronik hastalıkları olup olmadığı ve spor yapıp yapmadıkları soruldu.

3.2.2 YEME TUTUM TESTİ (YTT)

Yeme Tutum Testi (YTT) Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında, AN semptomlarını objektif bir biçimde ölçmek için geliştirilen 40 soruluk bir ölçektir. Birçok çalışmada, araştırmacılar normal popülasyonlardaki anormal yeme tutum ve davranışlarını saptamak için YTT'ni kullanmıştır. Bu ölçeğin geçerliliği 32 ve 33 hastadan oluşan anorektik iki hasta grubu ile 34 ve 59 kişiden oluşan iki kontrol grubu üzerinde incelenmiştir. Bu çalışmada, testin güvenilirliği anorektik hastalar için alfa katsayısı ,79, anorektik hastalar ve kontrol grubu için toplam alfa değeri ,94'dür. Anorektik hastaların YTT puanları daha yüksek bulunmuş olup, ait oldukları gruplar ile katılımcıların toplam YTT puanları arasında anlamlı ve yüksek bir korelasyon bulunmuştur, ($r=.87$, $p<.001$) (99).

Dr. Orhan Doğan YTT'yi Türkçeye çevirerek (1985), ölçek ilk kez 11'i hasta 11'i kontrol olmak üzere 22 denekte denenmiştir (100). Daha sonra standardizasyon amacıyla ikinci bir çeviri yapılarak Savaşır ve Erol tarafından (1989) 44 üniversite öğrencisine ölçeğin iç geçerlilik ve test-tekrar test güvenirliği çalışmaları yapılmıştır. Bir ay ara ile öğrencilere yapılan uygulamadan elde edilen ölçek puanlarının Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu .65 düzeyinde bulunmuştur. Ayrıca testin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiş ve .70 olarak bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda şişmanlama kaygısı-şişmanlık ile aşırı uğraş, diyet-rejim yapma, kilo almaya ilişkin sosyal baskının algılanması ve zayıflık ile aşırı ilgilenme faktörleri bulunmuştur. Ölçeğin klinik dışı gruba uygulanması ile bağlantılı olarak ölçeğin 40 maddesinden 23'ünün hiçbir faktörle ilişki göstermediği saptanmıştır (4).

Toplamda 40 maddeden oluşan Yeme Tutum Testi'nde (YTT), 6 noktalı çoktan seçmeli likert tipi bir ölçektir. Katılımcılar, her bir madde için “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” cevaplarından kendilerine uygun olan birini işaretlemektedirler. 1., 18., 19., 23., 27. ve 39.uncu maddeler ters şekilde puanlanmakla beraber diğer maddeler için anorektik yönde verilen her ekstrem yanıt 3, diğer seçenekler ise 2 ve 1 olarak anorektik yönde olmayanlar ise 0 olarak ayrı ayrı puanlanarak hesaplanmaktadır. Anormal yeme tutum ve davranışlarına her bir madde için verilen cevabın puanlarının toplamı olarak hesaplanan toplam puana göre kara verilmektedir. Testten alınabilecek maksimum puan 120 minimum ise 0 olmakla beraber 30 olan kesme puanından fazla alan bireyler anormal yeme ve tutum davranışları açısından anlamlı olarak tanımlanırlar (99). YTT normal kişilerde, anormal yeme tutum ve davranışlarını taramak, hastalarda tedavi sonucu değişiklikleri değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (99).

3.2.3. AİLE YAPISINI DEĞERLENDİRME ARACI (AYDA)

1996 yılında Gülerce tarafından aile içindeki iletişim, birlik, yönetim, yetkinlik ve duygusal bağlamı olmak üzere 5 ayrı parametreyi ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçek okuma yazması olan ve 12 yaşından büyük kişilerin kendi

kendilerine doldurabileceği 36 maddeden oluşmaktadır. AYDA'nın 5 alt ölçeği olmak üzere her soru için "tıpkı bizimki gibi"den "bizimkinin tam tersi"ne giden 10 basamaklı derecelendirmesi vardır. Her bir madde için en az 1 ve en çok 5 puan alınabilir. Böylece ölçekten en fazla 180 puan ve en az 36 puan alınabilmektedir.

Daha önceden dönüşümsel kuram olarak ifade edilen modeldeki sistemik ve yapısal değişkenleri nicelleştirmek amacıyla ortaya konulan AYDA'nın alt ölçekleri şunlardır:

1. İletişim; ölçeğin ilk 9 sorusunu içeren soruları kapsar. Aile sistemi içindeki iletişimin açık seçikliği, bireylerin kendilerini açma ve özgürce ifade edebilme davranışları anlatılan mesajlarla anlaşılanların tutarlılığı, v.s. ile ilgilidir. İletişimin işlevselliği arttıkça aile sisteminin genel uyumu da artar.

2. Birlik; ölçekteki 10.-18. maddelerle ifade edilir. Ailede yakınlık, bütünlük, aile içindeki kişilerarası ve dış çevre ile olan sınırlar, bağımlılık, bağlılık, beraberlik, kaynaşma, v.s. ile ilgilidir. Döngüsel olarak, aile üyelerinin aşırı kaynaşması ve aşırı kopukluğu aile sisteminin genel uyumunun olumsuz olduğunu gösterir.

3. Yönetim; ölçekteki 19.-26. maddeleri içermektedir. Ailedeki yapısal örgütlenme, karar alma, davranışsal kontrol, disiplin, kurallar, normlar, roller, yapısal işleyişin esnekliği, v.s. ile ilgilidir. Döngüsel olarak, aile yönetiminde aşırı katılık kadar aşırı esneklik de aile sisteminin genel uyumunun olumsuz olduğunu gösterir.

4. Yetkinlik; ölçeğin 27.-31. maddeleri ile ifade edilir. Ailede problem çözme, sağlık, yeterlik, amaçların gerçekleştirilmesi, v.s. ile ilgilidir. Doğrusal bir biçimde, ailenin yetkinliği arttıkça aile sisteminin genel uyumu da artar.

5. Duygusal bağlam; ölçekteki son 5 madde ile ifade edilir. Aile ortamındaki duygusal hava ve savunuculukla ilgilidir. Aile ortamının destekleyici ve yapıcı olmasının, sevgi, huzur ve anlayışa dayanması sistemdeki genel uyum ile pozitif ilişkidir.

AYDA 100 üniversite öğrencisinde bir ay arayla sınanarak, test-tekrar test güvenirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu ile .79 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı Kuder Richardson 20 (Cronbach alpha) ile toplam puanlar için ise .70 olarak hesaplanmıştır (101).

3.2.4 SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ (SGKÖ)

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Social Appearance Anxiety Scale-SAAS), bireyin görünüşüyle ilgili olarak yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygıları ölçmek amacıyla Hart ve arkadaşları (2008) tarafından oluşturulmuş öz-bildirim tarzı bir ölçektir (95). Doğan ve arkadaşları tarafından 2010 yılında ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. SGKÖ'nün geçerlik güvenirlik çalışmaları üniversite öğrencilerinden oluşan üç farklı örnekleme yapılmıştır. 512 kişiden oluşan ilk örneklemden alınan verilerle açıklayıcı faktör analizi, 853 kişiden oluşan ikinci örneklemden alınan verilerle doğrulayıcı faktör analizi, 541 kişiden oluşan üçüncü örneklemden alınan verilerle ise uyum geçerliği ve test-tekrar test güvenirliği hesaplanmıştır. SGKÖ'nün iç tutarlılık katsayısı üç örnekleme için sırasıyla .94, .95 ve .94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir ay arayla iki kez uygulanması ile elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise .84 olarak bulunmuştur (90).

16 maddeden oluşan ölçek kişilerin kendilerini dış görünüşleriyle ilgili nasıl hissettikleriyle ilgilidir. Ölçek; “hiç uygun değil”, “uygun değil”, “biraz uygun”, “uygun” ve “tamamen uygun” şeklinde 5 noktalı çoktan seçmeli likert tipinde hazırlanmış her bir madde için en az 1 ve en çok 5 puan alan alınabilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puanı 16 ile 80 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksek olması görünüş kaygısının yüksek olduğunu göstermektedir (90).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Çalışmamızda YTT sonucuna göre belirlenen yeme bozukluğu riskinin varlığı bağımlı değişken olarak tanımlandı. Literatür ışığında yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, ailesinin sosyo-kültürel

düzeyi, kiminle yaşadığı, anne-babasının eğitim düzeyi, ailede fazla kilolu ve/ya psikolojik rahatsızlığı olan birey bulunup bulunmaması, kişinin sporla ilgi düzeyi ve kronik bir hastalığı olup olmaması bağımsız değişkenler olarak belirlendi.

Araştırmanın analizinde IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, kategorik bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulandı. Sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Çalışmamızda p değeri $<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %54,6'sı kadın, %45,4'ü ise erkeklerden oluşmaktadır. Öğrencilerin yaşlarına göre dağılımına bakıldığında %8,5'i 17, %53,1'i 18, %38,4'ü 19 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. Öğrencilerin fakültelerine göre dağılımlarına bakıldığında öğrencilerin %7,6'sı denizcilik fakültesine, %6,3'ü fen fakültesine, %15,4'ü hukuk fakültesine, %7,8'i mimarlık fakültesine, %31,3'ü mühendislik fakültesine, %10,7'si işletme fakültesine, %20,9'u edebiyat fakültesine kayıt olmuştur.

Öğrencilere “Şimdiye kadar kimle yaşadınız?” diye sorulduğunda, %96,8'i ailesiyle, %1,3'ü akraba ile %1,9'u ise diğer (yurt vb.) şeklinde yanıt verdiği görülmüştür. Öğrencilerin %27,4'ü spor yapmazken, %18,6'sı düzenli olarak, %54'ü düzensiz olarak spor yapmaktadır

Öğrencilerin %16,1'i vücut kitle indeksine göre düşük kilolu, %68,4'ü normal kilolu, %13,2'si aşırı kilolu ve %2,3'ü obez olarak sınıflandırılmıştır. Öğrencilerden %10,1'inin düzenli ilaç kullandığı bir hastalığı olduğu belirtilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	373	54,6
	Erkek	310	45,4
Yaş	17	58	8,5
	18	363	53,1
	19 ve üzeri	262	38,4
Yaş Ortalaması $\pm$SS	18,43 $\pm$ 0,86		
Öğrencilerin Öğrenim Görecekları Fakülteler	Denizcilik Fakültesi	52	7,6
	Fen Fakültesi	43	6,3
	Hukuk Fakültesi	105	15,4
	Mimarlık Fakültesi	53	7,8
	Mühendislik Fakültesi	214	31,3
	İşletme Fakültesi	73	10,7
	Edebiyat Fakültesi	143	20,9
Öğrenciler Kimle Yaşıyor	Aile (anne-baba)	661	96,8
	Akraba	9	1,3
	Diğer	13	1,9
Öğrencinin Spor Yapma Durumu	Evet, ama düzensiz	369	54
	Evet, düzenli	127	18,6
	Hayır	187	27,4
VKİ Grupları	Düşük kilolu	110	16,1
	Normal kilolu	467	68,4
	Aşırı kilolu	90	13,2
	Obez	16	2,3
Herhangi bir Hastalık Varlığı	Var	69	10,1
	Yok	614	89,9

Öğrencilerin aile özellikleri Tablo 5'te gösterilmiştir. Öğrencilerin %3,5'inin babası, %1,3'ünün de annesinin hayatta olmadığı görülmüş olup hem anne hem de babası hayatta olmayan öğrenci saptanmamıştır. Öğrencilerin %10,2'si anne ve babalarının ayrı yaşadığını belirtmektedir.

Öğrencilerin %79,8'i ailelerini çekirdek aile olarak tanımlarken, %15,1'i de parçalanmış aile olarak tanımlamışlardır. Evde yaşayan kişi sayısı sorulduğunda öğrencilerin %5'i evlerinde toplam iki kişi, %44,5'i dört kişi, %26,3'ü ise beş ve üzeri kişi yaşıyor olarak cevap verdiği görülmüştür. Kardeş

sayılarına bakıldığında ise %12,6'sının kardeşinin olmadığı, %50,8'inin sadece bir, %20,4'ünün iki, %16,2'sinin ise üç ve üzeri sayıda kardeşi olduğu saptanmıştır.

Öğrencilere ailelerinin gelir durumu sorulduğunda ise öğrencilerin %12,4'ü ailelerinin aylık kazancının 1600 TL'den az, %19,2'si ise 5300 TL'den daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin büyük bir kısmı (%68,4) ise ailelerinin aylık gelirinin 1600 ile 5300 TL arasında olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5. Öğrencilerin Aileleri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı	%
Anne Eğitim Durumu	Ortaöğretim ve altı	288	42,2
	Lise	206	30,2
	Üniversite	189	27,6
Baba Eğitim Durumu	Ortaöğretim ve altı	210	30,7
	Lise	200	29,3
	Üniversite	273	40,0
Anne-Babanın Hayatta olma Durumu	Her ikisi de yaşıyor	650	95,2
	Anne sağ	24	3,5
	Baba sağ	9	1,3
Anne-Baba Birlikte, Ayrı	Birlikte yaşayan	580	84,9
	Ayrı yaşayan	70	10,2
Aile Tipi	Çekirdek	545	79,8
	Geniş aile (ataerkil+geçici	35	5,1
	Parçalanmış aile	103	15,1
Evde Yaşayan Kişi sayısı	2	34	5
	3	165	24,2
	4	304	44,5
	5 ve üzeri	180	26,3
Kardeş Sayısı	0	86	12,6
	1	347	50,8
	2	139	20,4
	3 ve üzeri	111	16,2
Ailenin Geliri	1600'den az	85	12,4
	1600-5300 arası	467	68,4
	5300'den çok	131	19,2

Öğrencilerin anne ve babaların özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir. Öğrencilerin anne-babaların eğitim durumları ve öğrencilere göre anne-babalarının karakter durumları özetlenmiştir. Annelerin %42,2'si orta öğretim ve altı düzeyde eğitim almış iken, %30,2'si lise ve %27,7'si üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Babaların ise %30,7'si orta öğretim ve altı düzeyde eğitim almış iken, %29,3'ü lise ve %40'ının üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Öğrencilere anne ve babalarının karakter özellikleri sorulduğunda %33,2'si annelerini otoriter, %40,7'si babalarını otoriter, %54,5'i annelerini aşırı koruyucu, %29,7'si babalarını aşırı koruyucu, %2,2'si annelerini ilgisiz-reddedici, %7,9'u babalarını ilgisiz-reddedici, %45,1'i annelerini demokrat ve %45,8'i babalarını demokrat olarak tanımlamışlardır.

Tablo 6. Öğrencilerin Ebeveynlerinin Karakter Özelliklerinin Dağılımı

Ebeveyn Özellikleri		Sayı	%
Anne Otoriter	Evet	227	33,2
	Hayır	456	66,8
Baba Otoriter	Evet	278	40,7
	Hayır	405	59,3
Anne Aşırı Koruyucu	Evet	372	54,5
	Hayır	311	45,5
Baba Aşırı Koruyucu	Evet	203	29,7
	Hayır	480	70,3
Anne İlgisiz-Reddedici	Evet	15	2,2
	Hayır	668	97,8
Baba İlgisiz-Reddedici	Evet	54	7,9
	Hayır	629	92,1
Anne Demokrat	Evet	308	45,1
	Hayır	375	54,9
Baba Demokrat	Evet	313	45,8
	Hayır	370	54,2

Öğrencilerin ailelerindeki kilolu bireyler Tablo 7'de gösterilmiştir. Öğrencilerin %25,2'i ailesinde fazla kilolu birey olduğunu ifade etmekle beraber, %13'ü annesinin, %12'si babasının ve %4,5'i ise kardeş(ler)inin fazla kilolu olduğunu ifade etmişlerdir.

Öğrencilere ailelerinde, kendilerinde ilaç kullanımını gerektiren psikiyatrik rahatsızlık olup olmadığı sorulmuş, öğrencilerin %12,4'ü ailelerinde ilaç kullanımını gerektiren düzeyde psikiyatrik rahatsızlığı olan birinin olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda %6,7'sinin annesinin, %2,9'unun babasının, %2,2'sinin kardeş(ler)inin ve %4'ünün de kendisinin ilaç kullanımını gerektiren psikiyatrik rahatsızlığının olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Aile Sağlık Durumu-Fazla Kilolu Birey Dağılımı

		Sayı	%
Fazla kilolu birey varlığı			
Ailede	Var	172	25,2
	Yok	511	74,8
Anne	Var	89	13
	Yok	594	87
Baba	Var	82	12
	Yok	601	88
Kardeş	Var	31	4,5
	Yok	652	95,5
Psikiyatrik Hastalık Varlığı			
Ailede	Var	85	12,4
	Yok	598	87,6
Öğrencinin kendisinde	Var	27	4
	Yok	656	96
Annesinde	Var	46	6,7
	Yok	637	93,3
Babasında	Var	20	2,9
	Yok	663	97,1
Kardeşinde	Var	15	2,2
	Yok	668	97,8

Öğrencilerin 40 soruluk yeme tutum testine verdikleri yanıtlara göre YTT ölçek puanı 30 ve üzeri tespit edilen 70 (%10,2) öğrencide yeme bozukluğu riski olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Risklerine Göre Dağılımı

		Sayı	%
Yeme Bozukluğu Riski	Var	70	10,2
	Yok	613	89,8

Yeme bozukluğu riskinin öğrencinin sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi Tablo 9'da gösterilmiştir. Yeme bozukluğu riski ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında, araştırmaya katılan erkeklerin %7,1'inde, kadınların ise %12,9'unda yeme bozukluğu riski görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0,013**). Yeme bozukluğu riski ve yaş ilişkisine bakıldığında 17 yaşındaki öğrencilerin %20,7'sinde, 18 yaşındakilerin %9,6'sında, 19 yaş üzerindeki öğrencilerin ise %8,8'inde yeme bozukluğu riski görülmüş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,022**).

Yeme bozukluğu riski ve öğrencilerin vücut kitle indeksleri arasındaki ilişkiye bakıldığında aşırı kiloluların %15,6'sında, obezlerin %12,5'inde, düşük kiloluların %10,9'unda ve normal kiloluların %9'unda yeme bozukluğu riski görülmüştür. Obezlerde yeme bozukluğu riski en fazla, normal kilolularda ise en az olmakla beraber yeme bozukluğu riskiyle vücut kitle indeksleri arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunmamıştır (**p=0,296**).

Yeme bozukluğu riski ile öğrencilerin spor yapma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde düzenli olarak spor yapanların %15,7'sinde, düzensiz spor yapanların ise %9,0'ında yeme bozukluğu riski görülmüştür. Düzenli spor yapanlarda yeme bozukluğu riski en yüksek görülmekle beraber düzensiz spor yapanlara göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,024**).

Yeme bozukluğu riski ve öğrencinin ilaç kullanımını gerektiren bir hastalık durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, hastalığı olanların %13'ünde, olmayanların %9,9'unda yeme bozukluğu riski görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (**p=0,266**).

Tablo 9. Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Riskinin Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

		Yeme Bozukluğu Riski				P değeri
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	22	7,1	288	92,9	0,013
	Kadın	48	12,9	325	87,1	
Yaş	17	12	20,7	46	79,3	0,022
	18	35	9,6	328	90,4	
	≥19	23	8,8	239	91,2	
Fakülteler	Denizcilik	3	5,8	49	94,2	0,161
	Fen Fakültesi	2	4,7	41	95,3	
	Hukuk Fakültesi	9	8,6	96	91,4	
	Mimarlık	3	5,7	50	94,3	
	Mühendislik	21	9,8	193	90,2	
	İşletme Fakültesi	10	13,7	63	86,3	
	Edebiyat	22	15,4	121	84,6	
Öğrenci Kiminle Kalıyor	Aile (anne-baba)	70	10,6	591	89,4	0,273
	Akraba	0	0	9	100	
	Diğer	0	0	13	100	
VKİ	Düşük kilolu	12	10,9	98	89,1	0,296
	Normal kilolu	42	9,0	425	91,0	
	Aşırı kilolu	14	15,6	76	84,4	
	Obez	2	12,5	14	87,5	
Spor yapma durumu	Düzenli	20	15,7	107	84,3	0,024
	Düzensiz	50	9,0	506	91,0	
Herhangi Bir Hastalık Varlığı	Var	9	13,0	60	87,0	0,266
	Yok	61	9,9	553	90,1	

Öğrencilerdeki yeme bozukluğu risk durumu ve ailelerine ait bazı özelliklerinin ilişkisi Tablo 10'da gösterilmiştir. Yapılan analizlere göre, annesi ortaöğretim ve altı eğitim düzeyine sahip öğrencilerde yeme bozukluğu riski %9,4, lise mezunu olanların %11,7'sinde ve üniversite mezunu olanların %10,1'inde yeme bozukluğu riski saptanmıştır. Anne eğitim durumu ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (p=0,709). Babası ortaöğretim ve altı eğitim düzeyine sahip öğrencilerde yeme

bozukluğu riski %8,1, lise mezunu olanların %14 ve üniversite mezunu olanların %10,2 olarak bulunmuştur. Baba eğitim düzeyi ve öğrencinin yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,107$).

Ebeveynlerinden her ikisi de sağ olanların yeme bozukluğu riski %9,8 iken, tek ebeveyni yaşamayanların %18,2 olarak saptanmıştır. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,136$).

Anne-babası birlikte yaşayan öğrencilerin %10'unda yeme bozukluğu riski bulunurken, ayrı yaşayanların %8,6'sında görülmektedir, ancak bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,285$).

Çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin yeme bozukluğu riski %9,9; ailesi parçalanmış olanlarda ise risk %11,7 bulunmuştur. Geniş ailede yaşayanların oranı %11,4 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,843$).

Evlerinde toplam iki kişi yaşayan öğrencilerin %20,6'sında yeme bozukluğu riski görülmüştür. Bu oran evde üç ve dört kişi yaşayanlarda sırasıyla %9,7 ve %9,5, beş ve daha fazla kişi yaşayanlarda %10 olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,242$).

Annesi otoriter olan öğrencilerin yeme bozukluğu riski, annesi otoriter olmayanlara göre yüksek olup %12,8 bulunmuştur. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,125$). Babasını otoriter olarak tanımlayan öğrencilerin yeme bozukluğu riski tanımlamayanlara oranla daha yüksek ve %13,3 saptanmıştır. Babasını otoriter olarak tarif etmeyenlerin yeme bozukluğu riski görülme oranı ise %8,1 olup, babasını otoriter olarak tarif edenler ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**$p=0,029$**).

Yeme bozukluğu riski ve gelir durumunda ise, 1600-5300 TL arası geliri olanların %9,2'inde, 5300 TL'den fazla gelire sahip olanların %10,7'sinde ve 1600 TL altında gelire sahip olanların %15,3'ünde yeme bozukluğu riski görülmüştür. Ailesinin aylık geliri 1600 TL altında olanların yeme bozukluğuna sahip olma oranı yüksek olmakla beraber, istatistiksel olarak diğer gruplarla arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,231$).

Tablo 10. Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Risk Durumu İle Ailelerine Ait Bazı Özelliklerin Karşılaştırılması

		Yeme Bozukluğu Riski				P değeri
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Anne	Ortaöğretim ve	27	9,4	261	90,6	0,709
	Lise	24	11,7	182	88,3	
	Üniversite	19	10,1	170	89,9	
Baba	Ortaöğretim ve	17	8,1	193	91,9	0,107
	Lise	28	14,0	172	86,0	
	Üniversite	25	10,2	248	89,8	
Anne-Baba Yaşam	İkisi de sağ	64	9,8	586	90,2	0,136
	Tek ebeveyn sağ	6	18,2	27	81,8	
Anne-Baba Beraber mi?	Birlikte yaşıyor	58	10,0	522	90,0	0,285
	Ayrı yaşıyor	6	8,6	64	89,8	
	An az biri	6	18,2	33	81,8	
Aile Tipi	Çekirdek	54	9,9	491	90,1	0,843
	Geniş aile	4	11,4	31	88,6	
	Parçalanmış aile	12	11,7	91	88,3	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	2	7	20,6	27	79,4	0,242
	3	16	9,7	149	90,3	
	4	29	9,5	275	90,5	
	5 ve üzeri	18	10,0	162	90,0	
Anne otoriter mi?	Evet	29	12,8	198	87,2	0,125
	Hayır	41	9,0	415	91,0	
Baba otoriter mi?	Evet	37	13,3	241	86,7	0,029
	Hayır	33	8,1	372	91,9	
Ailenin Ekonomik Durumu	<1600	13	15,3	72	84,7	0,231
	1600-5300	43	9,2	424	90,8	
	>5300	14	10,7	117	89,3	

Yeme bozukluğu riski ve aile bireylerinin fiziksel özellikleri Tablo 11’de gösterilmiştir. Ailesinde fazla kilolu birey bulunan öğrencilerde yeme bozukluğu riski görülme oranı %15,1, bulunmayanlarda ise %8,6 olarak görülmüştür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,013**). Öğrencilerin annesi fazla kilolu olanların %18’i, olmayanların ise %9,1’i yeme bozukluğu riskine sahip olarak görülmüş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

(p=0,012). Babaları fazla kilolu olanların %12,2'si olmayanların %10'u yeme bozukluğu riskine sahip olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür (p=0,324). Kardeş(ler)i fazla kilolu olanların %9,7'si yeme bozukluğu riskine sahip olup kardeş(ler)i fazla kilolu olmayanların yeme bozukluğu riski oranına (%10,3) göre daha düşük saptanmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,605).

Yeme bozukluğu riski ve ailede ilaç kullanımını gerektirecek düzeyde psikiyatrik rahatsızlığı olan birey olma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, ailesinde psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin %16,5'inde, ailesinde psikiyatrik rahatsızlığı olmayan öğrencilerin ise %9,4'ünde yeme bozukluğu riski görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur **(p=0,039)**. Kendisinde psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin %11,1'inde, olmayanların da %10,2'sinde yeme bozukluğu riski görülmüş ancak aralarında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,536). Annelerini psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin %15,2'sinde, olmayanların ise %9,9'unda yeme bozukluğu riski görülmüş olup, bu istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p=0,308). Babalarında psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin %15'inde, olmayanlarında %10,1'inde yeme bozukluğu riski görülmüş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,337). Kardeş(ler)inde psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin %13,3'ünde olmayanların ise %10,2'sinde yeme bozukluğu riski görülmüş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p=0,466).

Tablo 11. Yeme Bozukluğu Riski ile Ailedeki Bireylerinin Fiziksel Ve Ruhsal Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Yeme Bozukluğu Riski				p değeri
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Ailede kilolu	Var	26	15,1	146	84,9	0,015
	Yok	44	8,6	467	91,4	
Anne kilolu	Var	16	18,0	73	82,0	0,010
	Yok	54	9,1	540	90,9	
Baba kilolu	Var	10	12,2	72	87,8	0,536
	Yok	60	10,0	541	90,0	
Kardeş kilolu	Var	3	9,7	28	90,3	0,914
	Yok	67	10,3	585	89,7	
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	14	16,5	71	83,5	0,043
	Yok	56	9,4	542	90,6	
Kendinde psikiyatrik hastalık	Var	3	11,1	24	88,9	0,750
	Yok	67	10,2	589	89,8	
Annede psikiyatrik hastalık	Var	7	15,2	39	84,8	0,308
	Yok	63	9,9	574	90,1	
Babada psikiyatrik hastalık	Var	3	15,0	17	85,0	0,448
	Yok	67	10,1	596	89,9	
Kardeşte psikiyatrik hastalık	Var	2	13,3	13	86,7	0,660
	Yok	68	10,2	600	89,8	

Aile yapısı değerlendirmek üzere kullanılan AYDA'nın uyguladığımız örneklem için Cronbach alfa değeri 0,83 olarak bulunmuştur.

AYDA'nın toplam ölçek ve alt ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 12'de verilmiştir.

AYDA ölçek toplam puan ortalaması 131,85±17,85 olarak bulunmuştur. AYDA'nın alt ölçeklerine bakıldığında ise AYDA İletişim Puan Ortalaması 32,88±6,98, AYDA Birlik Puan Ortalaması 29,59±4,38, AYDA Yönetim Puan Ortalaması 30,04±5,31, AYDA Yetkinlik Puan Ortalaması 21,52±3,93, AYDA Duygusal Bağlam Puan Ortalaması 17,81±3,33 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 12. AYDA (Aile Yapısını Değerlendirme Aracı) Toplam Ölçek Ve Alt Ölçek Ortalama Puanları (N=683)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
AYDA iletişim	11	45	32,887	6,984
AYDA birlik	9	44	29,590	4,389
AYDA yönetim	10	40	30,048	5,312
AYDA	5	25	21,521	3,939
AYDA	5	25	17,811	3,337
AYDA toplam	51	178	131,858	17,858

AYDA puanları ile öğrencilerin VKİ arasındaki ilişki Tablo 13’de gösterilmiştir.

Düşük kilolu öğrencilerin AYDA puan ortalaması 134,181±16,21, normal kiloluların 131,396±18,29, aşırı kiloluların 130,788±17,24, obezlerin ise 135,375±19,10 olarak bulunmuştur. AYDA puan ortalamaları ile öğrencilerin VKİ’leri arasında ilişki bulunamamıştır (p=0,374).

Tablo 13. Öğrencilerin VKİ ve AYDA Puanı İlişkisi

		Sayı	AYDA Puanı	Standart Sapma	p değeri
VKİ Grupları	Düşük kilolu	110	134,181	16,21	0,374
	Normal kilolu	467	131,396	18,29	
	Aşırı kilolu	90	130,788	17,24	
	Obez	16	135,375	19,10	

Aile sağlık durumu ile puan yüksekliği aile yapısının daha olumlu olduğunu gösteren AYDA puanları arasındaki ilişki Tablo 14’de verilmiştir. Ailede fazla kilolu birey olan öğrencilerin AYDA puan ortalaması 127,267±20,143, olmayanların ise 133,403±16,761 olarak bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin AYDA puan ortalaması 125,800±20,004, olmayanların 132,719±17,379 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin AYDA puan ortalamaları

120,592±22,056, olmayanların ise 132,321±17,530 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,011).

Tablo 14. Aile Sağlık Durumu-Fazla Kilolu Birey ve AYDA Puanı İlişkisi

		Sayı	AYDA Puanı	Standart Sapma	p değeri
Ailede Kilolu Birey	Var	172	127,267	20,14	<0,001
	Yok	511	133,403	16,76	
Annede Fazla Kilo	Var	89	126,348	19,52	0,002
	Yok	594	132,683	17,46	
Ailede Psikiyatrik İlaç Kullanan Birey	Var	85	125,800	20,00	0,003
	Yok	598	132,719	17,37	
Kendisinin Kullandığı Psikiyatrik İlaç	Var	27	120,592	22,05	0,011
	Yok	656	132,321	17,53	

Tablo 15’de öğrencilerde yeme bozukluğu riski ve AYDA puan ortalamaları ilişkisine bakılmıştır. AYDA Toplam ve AYDA alt ölçekleri ile yeme bozukluğu riski ilişkisi özetlenmiştir. Yeme bozukluğu riski olan öğrencilerde AYDA İletişim Puanı Ortalaması 31,057±8,58, olmayanlarda 33,096±6,75 olup yeme bozukluğu riski ile AYDA İletişim Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,058). Yeme bozukluğu riski olan öğrencilerde AYDA Birlik Puanı Ortalaması 28,185±6,13, olmayanlarda 29,750±4,12 olup yeme bozukluğu riski ile AYDA Birlik Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (**p=0,041**). Yeme bozukluğu riski olan öğrencilerde AYDA Yönetim Puanı Ortalaması 29,128±5,99, olmayanlarda 30,153±5,22 olup yeme bozukluğu riski ile AYDA Yönetim Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,126). Yeme bozukluğu riski olan öğrencilerde AYDA Yetkinlik Puanı Ortalaması 20,757±4,68, olmayanlarda 21,608±3,84 olup yeme bozukluğu riski ile AYDA Yetkinlik Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,087). Yeme bozukluğu riski olan öğrencilerde AYDA Duygusal Bağlam Puanı Ortalaması 16,714±4,17, olmayanlarda 17,936±3,20 olup, yeme bozukluğu riski ile AYDA Duygusal Bağlam Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (**p=0,020**). Yeme bozukluğu riski olan öğrencilerde AYDA Total Puanı Ortalaması 125,842±23,29, olmayanlarda

132,544±17,01 olup yeme bozukluğu riski ile AYDA Total Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,022$).

Tablo 15. Yeme Bozukluğu Riski ile AYDA Puanları Arasındaki İlişki

	Yeme Bozukluğu	Sayı	Ortalama Puan	Standart Sapma	p değeri
AYDA İletişim Puanı	Var	70	31,057	8,58	0,058
	Yok	613	33,096	6,75	
AYDA Birlik Puanı	Var	70	28,185	6,13	0,041
	Yok	613	29,750	4,12	
AYDA Yönetim Puanı	Var	70	29,128	5,99	0,126
	Yok	613	30,153	5,22	
AYDA Yetkinlik Puanı	Var	70	20,757	4,68	0,087
	Yok	613	21,608	3,84	
AYDA Duygusal Bağlam Puanı	Var	70	16,714	4,17	0,020
	Yok	613	17,936	3,20	
AYDA Toplam Puanı	Var	70	125,842	23,29	0,022
	Yok	613	132,544	17,01	

Öğrencilerin sosyal görünüş kaygısını değerlendiren SGKÖ puanları Tablo 16’da özetlenmiştir. Öğrencilerin SGKÖ puan ortalaması 31,222±12,324 olarak bulunmuştur. Toplam 683 öğrenciden en düşük SGKÖ puanı 16 en yüksek ise 79 olarak saptanmıştır. SGKÖ Cronbach’s alfa değeri çalışmamızda 0,93 olarak bulunmuştur.

Tablo 16. Öğrencilerin Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puanları (N=683)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
SGKÖ puanı	16	79	31,222	12,324

Öğrencilerin VKİ ile SGKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 17’de gösterilmiştir. Düşük kiloluların SGKÖ puan ortalamaları 30,190±11,85, normal kiloluların 31,147±12,34, fazla kiloluların 33,133±12,79, obezlerin ise

29,750±12,25 olarak bulunmuş olup SGKÖ puan ortalamaları ile öğrencilerin VKİ'si arasında ilişki bulunamamıştır (p=0,365).

Tablo 17. Öğrencilerin VKİ ve SGKÖ Puanı İlişkisi

		Sayı	SGKÖ Puanı	Standart Sapma	p değeri
VKİ Grupları	Düşük kilolu	110	30,190	11,85	0,365
	Normal kilolu	467	31,147	12,34	
	Aşırı kilolu	90	33,133	12,79	
	Obez	16	29,750	12,25	

Aile sağlık durumu ile öğrencilerin SGKÖ puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 18'de verilmiştir. Ailede fazla kilolu birey olan öğrencilerin SGKÖ puan ortalaması 31,953±12,30, olmayanların ise 30,976±12,33olarak bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p=0,369). Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin SGKÖ puan ortalaması 34,282±13,06, olmayanların 30,787±12,16olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,014**). Psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin SGKÖ puan ortalamaları 39,333±16,60, olmayanların ise 30,888±12,01 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,014**).

Tablo 18. Aile sağlık durumu-psikiyatrik hastalık ve SGKÖ ilişkisi

		Sayı	Ayda Puanı	Standart Sapma	p değeri
Ailede Kilolu Birey	Var	172	31,953	12,30	0,369
	Yok	511	30,976	12,33	
Annede Fazla Kilo	Var	89	32,831	12,30	0,187
	Yok	594	30,981	12,31	
Ailede Psikiyatrik İlaç Kullanan Birey	Var	85	34,282	13,06	0,014
	Yok	598	30,787	12,16	
Kendisinin Kullandığı Psikiyatrik İlaç	Var	27	39,333	16,60	0,014
	Yok	656	30,888	12,01	

Sosyal görünüş kaygısı ile yeme bozukluğu riski ilişkisi Tablo 19’da gösterilmiştir. Yeme bozukluğu riski olan öğrencilerin SGKÖ puan ortalaması $35,485 \pm 14,51$, yeme bozukluğu riski olmayanların ise $30,735 \pm 11,96$ olarak hesaplanmıştır. Yeme bozukluğu riski olan ve olmayan öğrencilerin SGKÖ puanları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$).

Tablo 19. Yeme Bozukluğu Riski ile SGKÖ Arasındaki İlişki

	Yeme Bozukluğu Riski	Sayı	Ortalama Puan	Standart Sapma	p değeri
SGKÖ Toplam Puanı	Var	70	35,485	14,51	0,010
	Yok	613	30,735	11,96	

Yeme bozukluğu riski ile ilişkili etmenlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi Tablo 20’de gösterilmiştir. Yeme bozukluğu ilişkili etmenlerden yaş, cinsiyet, babanın otoriter olması, annenin kilolu olması, AYDA ve SGKÖ lojistik regresyon analizine dahil edilmiştir. Öğrencilerin yeme bozukluğu riski olma olasılığı yaşı 19 ve üzeri olanlara göre, yaşı 17 olanlarda 2,07 kat, 18 olanlarda ise 1,15 kat arttığı görülmüştür. Ancak yaş ile yeme bozukluğu riski arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılığı bu analizde devam etmemiştir. Cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda yeme bozukluğu riski olma olasılığı erkeklere göre 2,07 kat artmıştır ve bu analizde istatistiksel anlamlılığını devam ettirmiştir ($p=0,008$). Babanın otoriter olması yeme bozukluğu riski olma olasılığını babası otoriter olmayanlara göre 1,58 kat arttırmış ancak bu analizde istatistiksel olarak anlamlılığını koruyamamıştır. Annenin kilo olması yeme bozukluğu riski olma olasılığını 1,94 kat arttırmış olup bu analizde istatistiksel olarak anlamlılığını devam ettirmiştir ($p=0,039$). Ailede psikiyatrik bir hastalığı olan bireyin bulunması öğrencilerde yeme bozukluğu riski olma olasılığını 1,44 kat arttırdığı gözlenmiş, ancak bu analizde istatistiksel olarak anlamlılığını koruyamamıştır. SGKÖ’deki her 1 puanlık artış öğrencilerin yeme bozukluğu riski olma olasılığını 1,02 kat arttırmış olup sosyal görünüş kaygısı ile yeme bozukluğu riski ilişkisi bu analizde istatistiksel anlamlılığını devam ettirmiştir ($p=0,016$). Başka bir deyişle sosyal görünüş kaygısı ile yeme bozukluğu riski arasında aynı yönde ilişki vardır.

AYDA'daki her 1 puanlık artış öğrencilerin yeme bozukluğu riski olma olasılığını 0,98 kat azaltmış olup Aile yapısı ile yeme bozukluğu riski ilişkisi bu analizde istatistiksel anlamlılığını devam ettirmiştir (p=0,041).

Tablo 20. Yeme Bozukluğu Riski ile İlişkili Etmenlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler ve Yüzdesi (%)			Düzeltilmemiş OR (%95GA)	Düzeltilmiş OR (%95GA)	p değeri
Yaş	17	8,5	2,71 (1,26-5,83)	2,07 (1,12-5,54)	0,072
	18	53,1	1,10 (0,63-1,92)	1,15 (0,65-2,04)	
	19 (ref)	38,4	-	-	
Cinsiyet	Kadın	54,6	1,93 (1,39-3,28)	2,07 (1,20-3,55)	0,008
	Erkek (ref)	45,4	-	-	
Baba otoriter	Evet	33,2	1,71 (1,05-2,84)	1,58 (0,95-2,64)	0,075
	Hayır (ref)	66,8	-	-	
Anne kilolu	Evet	13	2,19 (1,19-4,03)	1,94 (1,03-3,64)	0,039
	Hayır (ref)	87	-	-	
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey	Var	12,4	1,90 (1,01-3,60)	1,44 (0,72-2,88)	0,290
	Yok (ref)	87,6	-	-	
SGKÖ			1,02 (1,01-1,04)	1,02 (1,004-1,042)	0,016
AYDA			0,98 (0,97-0,99)	0,98 (0,97-0,99)	0,041

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada üniversiteye yeni başlayan öğrencilerde aile yapısı ve sosyal görünüş kaygısının yeme bozukluğu riski ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Literatürde çalışmamızda kullandığımız YTTölçeğinden 30 ve üzerinde puan alanların yalnızca %7'sinin normal olduğu, geri kalan %93'ünün yeme davranışı bozukluğu gösterdiği yayınlanmıştır (99). Çalışmamızda ise 683 öğrencinin 70 (%10,2)'inde yeme bozukluğu riski bulunmuştur. Yeme bozukluğu riski bulunan öğrencilerin yeme bozukluğu riski olmayanlara göre Aile Yapısını Değerlendirme Aracı (AYDA) toplam puanı daha düşük bir başka deyişle yeme bozukluğu riski olanların aile yapıları daha olumsuz bulunmuştur. Yeme bozukluğu riski olanların sosyal görünüş kaygısı ise daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda yeme bozukluğu riski bulunan öğrencilerin %7,1'i erkek iken, %12,9'u ise kadınlardan oluşmaktadır. Çin'de yaşları 16 ila 24 arasında değişen gençlerde YTT'nin 26 soruluk versiyonu olan YTT-26 ile yapılan bir çalışmada bu oran erkeklerde %5,3, kadınlarda ise %4,0 olarak bulunmuştur (102). Japonya'da yaşları 16 ila 18 arasında değişen kadın lise öğrencilerinde aynı testle yapılan çalışmada bu oran %5,4 bulunmuştur (103). Polonya'da tıp öğrencilerde yapılan çalışmada ise öğrencilerin %12,9'unda yeme bozukluğu riski saptanmış, bunların ise %66'sının kadın öğrenciler olduğu bulunmuştur (104). Yine YTT-26 ile Latin ülkelerinden Porto Riko'da üniversite 1. Sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada erkeklerin %5,05, kadınların %11,8'inde olmak üzere tüm öğrencilerin %9,6'sında yeme bozukluğu riski saptanmıştır (105). Yine ABD'de Afrika ve Kafkas kökenli üniversite öğrencilerinde YTT-26 ile yapılan çalışmada kadınların %13,04, erkeklerin %10,2'si kesme puanının üzerinde bulunmuştur. Yeme bozukluğu riski bulunanların büyük bir kısmının ise Kafkas kökenli olduğu görülmüştür (106). Ülkemizde Tozun ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde YTT ile yaptığı çalışmada bu oran kadınlarda %9,1, erkeklerde ise 5,9 olarak bulunmuştur (107). Şanlıer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yine YTT puan ortalamaları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (108).

Yeme bozukluğu riski, yapılan çalışmalarda çalışmanın yapıldığı yaş grubu, kullanılan ölçek, coğrafi ve etnik özelliklere göre değişkenlik göstermektedir. Ayrıca

yapılan çalışmalarda kadınlarda yeme bozukluğu riskinin erkeklere göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Çalışmamızda bulduğumuz yeme bozukluğu riski oranları, yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte olup kadınlarda daha sıktır.

Çalışmamızda yeme bozukluğu riski oranlarının, öğrencilerin yaşı azaldıkça arttığı göze çarpmaktadır. Araştırmalar yeme bozukluklarının genelde ergenlik ya da erken erişkinlik dönemlerinde ortaya çıktığını, AN'nin ise 17-18 yaşlarında pik yaptığını göstermektedir. (103, 109). ABD'de 28 üniversitede yapılan bir çalışmada daha genç yaşlarda yeme bozukluğu semptomlarının daha sık ve ağır seyrettiği gözlemlenmiştir (110). Çalışmamızda yeme bozukluğu riskinin yaşa göre durumu literatürle benzerlik göstermektedir. Bu durum birinci basamakta bu yaş gruplarında yeme bozukluğu sorgulanmasının önemini göstermektedir.

ABD'de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu riski düşük bulunan öğrencilerin VKİ ortalaması, yeme bozukluğu riski yüksek olanlara göre daha düşük bulunmuştur, ancak olası AN olarak nitelendirilen öğrencilerin VKİ ortalamasının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (110). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada VKİ yüksek olanların düşük olanlara göre YTT puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (108). Çalışmamızda aşırı kilolu olan öğrencilerde yeme bozukluğu riski görülme oranı %15,6 ile en yüksekti, normal kilolularda ise yeme bozukluğu riski görülme oranı en düşüktü. ABD'de yapılan çalışmayla benzer şekilde fazla kilolularda, yeme bozukluğu riskinin daha yüksek görülebileceği söylenebilir. Ancak bu çalışmada yeme bozukluğu riski bulunan gruptan farklı olarak, olası AN diye tanımlanan öğrencilerde VKİ ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni yeme bozukluğu riskinin AN, BN veya tıkinircasına yeme bozukluğu gibi yeme bozukluklarının çeşitli paternlerini kapsaması oysa olası AN'nin ise daha spesifik bir grubu ifade etmesi olabilir. DSM V'deki AN tanı kriterine göre vücut ağırlığının belirgin şekilde düşük olduğu tanımlanırken, BN ve Tıkinircasına Yeme Bozukluğunda vücut ağırlığının düşük olması ile ilgili bir kriter belirtilmemiştir (2). Çalışmamızda kullandığımız YTT ölçeğinin tanı koydurucu olmaması, sadece riskli yeme tutum ve davranışları olan kişileri belirlemesi VKİ ile yeme bozukluğu riski arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır.

Daha önce yapılan çalışmalarda özellikle AN tanısı alan hastalarda anormal derecede yüksek fiziksel aktivite belgelenmiştir. Ancak spor aktivitesi ve diğer yeme bozuklukları arasındaki ilişki belirgin olarak ortaya konulamamıştır (9). Bununla birlikte, yeme bozukluğu bulunanlarda fiziksel aktivitenin problemli kullanımının açık bir tanımı yapılamamıştır (111). Yapılan bir meta-analizde ise bağımlılık düzeyinde egzersizin yeme bozukluğu olanlarda olmayanlara göre daha sık olduğu gösterilmiştir (112). Çalışmamızda düzenli spor yapanlarda yeme bozukluğu riski %15,7 oranında görülmekte olup, düzensiz spor yapanlar ve spor yapmayanlara göre daha yüksektir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu durum düzenli spor yapanların sayısının diğer gruplara göre az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yeme bozukluğu riski ile öğrencilerin ailelerinin sosyo-ekonomik durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışmamızda, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve geliri ile yeme bozukluğu riski arasında ilişki bulunamamıştır. Crisp AN'nin sosyoekonomik olarak üst düzeyde bulunan gruplarda daha sık oranda bulunduğunu ifade etmiştir (113). Literatürde yeme bozukluğu hastalarının ailelerinin gelir düzeyi ile ilişkisinin saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur (114). Türkiye'de ise yeme bozukluğu olanların genelde orta sosyoekonomik düzeyde olduğu bildirilmiştir (41,42,115). Ailelerinin sosyo-ekonomik durumu ile yeme bozukluğu riski ilişkisi arasında bulduğumuz bu sonuç bazı çalışmalarla çelişkili olsa da genel olarak literatürle uyumlu olup, yakın zamana kadar yeme bozukluğunun yalnızca yüksek sosyoekonomik düzeyde görülebileceği düşüncesi varken, son yıllarda toplumun her kesiminde görülebileceği görüşü ağırlık kazanmaktadır (116).

Çalışmamızda anne ve babalarını otoriter olarak tanımlayan öğrencilerde yeme bozukluğu riski daha yüksek olup, babalarını otoriter olarak tanımlayanlarda bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,029$). Ünlü ve arkadaşları bireyin yeme davranışı, ebeveyn-çocuk ilişkisinin ve duygusal durumun hassas bir göstergesi olduğunu ifade etmiştir (117). Yavuzer ise; otoriter tutumdaki anne-babaların çocukları çekingen, başkalarının etkisinde kolayca kalabilen, aşırı hassas bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etmiştir (78). Rowa ve arkadaşları anorektik kadınların babalarını müdahaleci, aşırı koruyucu, kendilerinin bakımıyla aşırı ilgili olarak tarif ettiklerini ortaya koymuştur (109). Yine Nielsen ve arkadaşları kızların

babaları ile ilişkilerine dair algılarının patolojik yeme davranışları için bir tetikleyici olarak işlev görebildiğini belirtmiştir (118). Literatürde yeme bozukluğu olan kişilerde yapılan bu tarz çalışmalar bulunmakta olup çalışmamızda yeme bozukluğu açısından riskli tutum ve davranışları olan kişilerin de ebeveynlerini baskıcı olarak tanımladığı görülmüştür (78).

AYDA puanlarıyla yeme bozukluğu riski karşılaştırıldığında; yeme bozukluğu riski olan öğrencilerin AYDA puan ortalamaları anlamlı olarak yeme bozukluğu riski olmayanlara göre daha düşük bulunması yeme bozukluğu riski olan öğrencilerin aile içi ilişkilerini daha olumsuz algıladıklarını göstermektedir. AYDA alt puanları ile olan ilişkiye bakıldığında yeme bozukluğu riski olan öğrencilerde ölçeğin tüm alt ölçeklerinin de puan ortalamaları düşüktü. Ancak AYDA Birlik ve Duygusal Bağlam alt ölçekleri puan ortalamaları ile yeme bozukluğu riski arasında anlamlı ve zıt yönde bir ilişki vardı. AYDA Birlik puan ortalamasının görece düşük olması, yeme bozukluğu riski olan öğrencilerin ailelerinde yakınlık, bütünlük, aile içindeki kişilerarası ve dış çevre ile olan sınırların daha olumsuz algıladıklarını ifade etmektedir. Bir başka deyişle yeme bozukluğu riski olan öğrenciler ailelerini ya aşırı kaynaşmış ya da aşırı kopuk olarak algılamaktadır. AYDA'nın diğer bir alt ölçeği olan Duygusal Bağlam ortalama puanlarının yeme bozukluğu riski olan öğrencilerde daha düşük olması da yeme bozukluğu riski olanların ailelerini daha az yapıcı ve destekleyici bulduklarını, ailelerindeki sevgi ve huzur ortamını yeme bozukluğu riski olmayanlara göre görece daha az algıladıklarını göstermektedir.

Aile yapısı ile yeme bozukluğunu araştıran birçok çalışma olup konu hala tartışmaya açıktır. Siyez ve Uzbaş üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada aile yapısıyla, öğrencilerin anorektik yeme tutumlarını araştırmış ve anlamlı bir fark bulamamıştır (119). Benzer şekilde üniversite öğrencilerinde Kagan ve Squires (1985), Erol ve arkadaşları (2000) yapmış oldukları çalışmalarda da bu ilişki gösterilememiştir. (8,9). Toker Trabzon'da 2008'de Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada YTT ve AYDA'yı kullanmış ve yeme bozukluğu riski ile aile yapısı arasında ilişki bulamamıştır (10). Çalışmamızın aksine sonuç ortaya koyan bu çalışmaların yanında Tozzi anoreksik hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların %34'ünün aile yapılarında bozukluk olduğunu ifade etmiş ve bu durumu hastalıklarına neden olarak ilk sırada göstermişlerdir (6). Yine Kuğu ve arkadaşları

yeme bozukluğu tanısı olan öğrencilerle yaptıkları çalışmada, bu öğrencilerin aile işlevlerini daha problemli olarak algıladıklarını göstermiştir (120). Görüldüğü gibi literatürde çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşan farklı çalışmalar bulunmaktadır.

Yeme bozukluğu tanısı almamış gruplarda aile yapısıyla yeme bozukluğu riskini gösteren çalışmalar sınırlı olmakla beraber çalışmamızda bu ilişki ortaya konulmuştur. Çalışmamızda alınan örneklem sayısı, bu ilişkiyi gösteremeyen Siyez ve Uzbaşı (eğitim fakültesi öğrencilerinde), Toker (sağlık yüksek okulu öğrencilerinde) tarafından yapılan çalışmalardan fazlaydı. Bu çalışmalardan farklı sonuç bulmamızın bir diğer nedeni de yeme bozukluklarının görüldüğü yaşların ergenlik ve geç ergenlik dönemleri olması ve bizim çalışmamızda da yeme bozukluğunun en sık görüldüğü yaşları kapsayan üniversiteye yeni başlayanlarda yapılması olabilir. Zira Siyez ve Uzbaşı üniversite son sınıf öğrencilerinde ve Toker ise 1,2,3,4. Sınıflarındaki öğrencilerinde çalışmıştır (10,119).

Minuchin psikosomatik aile olarak bir tanımlama getirmiş ve AN tanısı almış hastaların ailelerinde; karmaşıklık, aşırı-koruyuculuk, katılık, esnemeyen kuralların olması, çatışmadan kaçınma ve çatışma çözmede başarısızlık gibi bazı özellikler bildirmiştir (121). Çalışmamızda da ailesinde psikolojik bir hastalığı olan öğrencilerin yeme bozukluğu açısından daha riskli olduğu saptanmıştır. Kuzgun, otoriter, demokratik ve ilgisiz olarak algılanan anne-baba tutumlarının, bireylerin kendilerini gerçekleştirmeleri üzerinde etkisi bulunduğunu belirtmiştir. Ayrıca demokratik tutumun kendini gerçekleştirme üzerinde olumlu etkisi olurken, otoriter tutum kendini gerçekleştirmeyi olumsuz olarak etkilediğini ifade etmiştir (122). Çalışmamızda babanın otoriter tutumunun, öğrencinin yeme bozukluğu ile ilişkisi bulunmuşken, annenin kilolu olmasının öğrencilerde, yeme bozukluğu riskini arttığı görülmüştür.

Literatürde gösterilen yeme bozukluğu tanısı bulunanların yanında, çalışmamızda yeme bozukluğu açısından riskli olan kişilerin de aile yapılarında sorunlar görmesi, bize aile içi dinamiklerin yeme bozukluğu açısından riskli tutum ve davranışların ortaya çıkmasında önemli olduğunu göstermiştir. Gençlerin, yeme bozuklukları açısından değerlendirilirken, aile ilişkilerinin sorgulanması gerektiği söylenebilir. Ayrıca yeme bozukluğu riski olan gençlerinin ebeveynlerinin de aile

yapılarına ilişkin düşüncelerini içeren çalışmalara, dahası bu ailelerde belirlenen bozulmuş yeme tutum ve davranışlarına aile terapilerinin etkisini göstermek üzere müdahale çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sosyal görünüş kaygısının yeme bozukluğu riski olanlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Son yıllarda yeme bozukluğu ile ilişkili faktörleri araştıran çalışmalar yapılmaktadır. Büyüköztürk ve arkadaşları yeme tutumu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (123). Rieger sosyal görünüş kaygısının yeme bozukluğu semptomlarıyla ilişkili olduğunu ve fiziksel görünüşlerine vurgu yapanların daha düzensiz beslendiğini göstermiştir (124). Koskina yeme bozukluğu tanısı olanların, sağlıklı kontrollerine göre sosyal görünüş kaygılarının yüksek olduğunu belirtmiştir (125). Yine ABD’de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada tıknircasına yeme bozukluğunun sosyal anksiyete, görünüş kaygısı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu öğrencilerde mükemmeliyetçilik ve beslenme kısıtlaması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (126). Bushi ise duygu durumundaki duyarlılığın ve içsel olarak yaşanan rahatsızlıkların gençlerin yaşamını etkileyeceğini, bunun da yeme tutumlarına yansıtacağını ifade etmiştir. Tüm bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir (127).

Yeme bozuklukları son yıllarda üzerinde çalışılan ve sıklığı artmakta olan bir durumdur. Her sosyoekonomik düzeydeki genci etkileyebildiği gibi, birçok faktörle ilişkisi bulunmaktadır. Yeme bozukluğu riski olan gençlerin sıklığı göz önünde bulundurulduğunda, aile hekimliği uygulamaları içinde gençleri bilgilendirici çalışmalar yapılmalı, riskleri değerlendirilmeli ve gerekiyorsa danışmanlık verilmelidir. Yeme bozukluğunun aile yapısı ile ilişkisi de unutulmamalı, riskli bireyler, aileleri ile bütün olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca gençlerin sosyal görünüş kaygıları uygun şekilde değerlendirilmeli, yeme tutumlarının kaygılarıyla ilişkisi unutulmamalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİ

6.1. Sonuç

- Dokuz Eylül Üniversitesine başlayan öğrencilerin %10'2'sinde yeme bozukluğu riski bulunmuştur.
- Kadın cinsiyet, geç ergen yaş, ailede psikiyatrik hastalık olması, babanın otoriter olması yeme bozukluğu riskini anlamlı olarak etkilemiştir.
- Yeme bozukluğu riski olanların aile yapıları daha olumsuz bulunmuştur.
- Yeme bozukluğu olanlarda sosyal görünüş kaygısı daha fazla bulunmuştur.

6.2. Öneri

Yeme bozukluğu riski gençlerde önemli oranda görülmektedir. Özellikle genç hastalar değerlendirilirken yeme bozukluğu açısından sorgulanmalı ve yeme bozukluğu riskinin birçok faktörle ilişkisi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Birinci basamakta sağlık hizmeti sunarken yeme bozukluğu açısından riskli bireylerin aile yapısı sorgulanmalı, aile içinde olabilecek olumsuz hava anlaşılmaya çalışılmalıdır. Tespit edilen bir sorun varsa gerektiğinde aile bireyleri ile de görüşülmeli, gerekirse ev ziyareti ve çözüm olarak aile terapisi de akılda bulundurulmalıdır.

Gençlerin sağlıklarını ve sosyal hayatlarını düzenleme konusuna gereken önem verilmelidir. Gençlerin yeme tutumlarının düzenlenmesi, sosyal görünüş kaygıları üzerinde etkili olacak ve daha kaliteli bir hayat sürdürmelerini sağlayacaktır. Aile hekimliğinin hastayı bir bütün olarak değerlendirmesi ilkesi, yeme bozukluğu gibi çok yönlü bir sağlık probleminin ele alınmasında önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. Ertaş Hs: Yeme Bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia Ve Diğerleri. İstanbul, Timaş Yayınları, 2006.
2. Köroğlu E: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Hekimler Yayın Birliği Ankara 2014.
3. Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. Cultural Expectations Of Thinness In Women. *Psychological Reports* 1980;47: 483–491.
4. Savaşır I. Erol N. Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:19-25.
5. Fairburn CG, Mphil DM, Cooper Z Ve Ark. Risk Factors For Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:468-476
6. Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL. Causes And Recovery In Anorexia Nervosa: The Patients Perspective. *Intetnation Journal Of Eating Disorders* 2003;34:143-154.
7. Rodriguez MA, Novalbos Ruiz JP, Martinez Nieto JM, Escobar Jimenez L, Castro De Haro Al. Epidemiological Study Of The İnfluence Of Family And Socioeconomic Status In Disorders Of Eating Behaviour. *European Journal Of Clinical Nutrition* 2004;58(6):846-852.
8. Kagan DM, Squires R.L. Family Cohesion, Family Adaptability, And Eating Behaviors Among College Students. *International Journal Of Eating Disorders* 1985;4(3):267-279.
9. Erol A. Toprak G, Yazıcı F, Erol S. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı Ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000;3:147-152.
10. Toker DE. K.T.U Trabzon Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Yeme Tutumu Ve Aile Yapısı Arasındaki İlişki, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
11. Stormer SM, Thompson JK. Explanations Of Body İmage Disturbance: A Test Of Maturational Status, Negative Verbal Commentary, Social Comparison, And Sociocultural Hypotheses. *Int. J. Eat. Disord* 1996;19:193– 202.
12. Chandy JM, Harris L, Blum RW, Resnick MD. Female Adolescents Of Alcohol Misusers: Disordered Eating Features. *Int. J. Eat. Disord* 1995;17:283–89.

13. Halmi KA. Eating Disorders. Kaplan H.I., Sadock B.J.: Comprehensive Textbook Of Psychiatry Volume Iı Sevent'h Edition, 2000;1663-1676
14. Erdoğan İ, Eryürek S, Ünübol H . Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Görünüş Kaygısı Ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. International Journal Of Social Science 2019;2 (2):85-94 .
15. Steiger H, Gauvin L, Jabalpurwala S, Seguin Jr, Stotland S. Hypersensitivity To Social Interactions In Bulimic Syndromes: Relationship To Binge Eating. Journal Of Consulting And Clinical Psychology 1999;67(5):765-775.
16. Lechky O. Epidemic Of Childhood Obesity May Cause Major Public Health Problems, Doctor Warns. Canadian Medical Association Journal 1994;150(1):78-81.
17. Kohn M, Golden NH. Eating Disorders In Children And Adolescents: Epidemiology, Diagnosis And Treatment. Pediatric Drugs 2001;3(2):91-99.
18. Affenito SG, Kerstetter J. Position Of The American Dietetic Association And Dietitians Of Canada: Women'S Health And Nutrition. Journal Of The American Dietetic Association 1999;99(6):738-751.
19. Çelik S. Çukurova Üniversitesi'nde Okuyan Kadın Fakülte Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Prevalansı Ve Etki Eden Faktörlerin Araştırılması, Çukurova Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2014.
20. Baş M, Aşçı HF, Karabudak E, Kızıltan G. Eating Attitudes And Their Psychological Correlates Among Turkish Late Adolescents. Adolescence 2004;39:593-599.
21. Işık B, Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması, Uludağ Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2009.
22. Ricciardelli LA, McCabe MP, Holt KE, Finemore JA. Biopsychosocial Model For Understanding Body Image And Body Change Strategies Among Children. Applied Developmental Psychology 2003;24:475-495.
23. Bulik CM, Hebebrand J, Mazzeo SE, Wade TD. Genetic Epidemiology, Endophenotypes, And Eating Disorder Classification. International Journal Of Eating Disorders 2007;40:52-60.

24. Westberg L, Bah J, Rastam M, Gillberg C. Association Between A Polymorphism Of 5-Ht_{2c} Receptor And Weight Loss In Teenage Girls *Neuropsychopharmacology* 2002;26:789-793.
25. Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, And The Person Within. Basic Books, New York, 2003.
26. Hesse-Biber S, Leavy P, Quinn Ce, Zoino J. The Mass Marketing Of Disordered Eating And Eating Disorders: The Social Psychology Of Women, Thinnes And Culture. *Women's Studies International Forum* 2006;29:208-224.
27. Kuruoğlu AÇ, Arıkan Z. Yeme Bozukluklarında Genel Bir Gözden Geçiri, *3P Dergisi* 1995;3 (4): 7-22.
28. Tolstrup K. Incidence And Causality Of Anorexia Nervosa Seen In A Historical Perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl* 1991;361:1-6.
29. Silverman JA. Anorexia Nervosa: Historical Perspective On Treatment. In D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Ed.) *Handbook Of Treatment For Eating Disorders* Pp., 1997;3-10, The Guilford Press.
30. Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Bağvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
31. Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10 Ruhsal Ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar Ve Tanı Kılavuzu. Türkiye Sinir Ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Sf. 1993;167-170, Ankara.
32. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Kaye WH. Symptom Fluctuation In Eating Disorders: Correlates Of Diagnostic Crossover. *American Journal Of Psychiatry* 2005;162:732–740.
33. Dorian BJ, Garfinkel PE. The Contributions Of Epidemiologic Studies To The Etiology And Treatment Of The Eating Disorders. *Psychiatric Annals* 1999;29:187–192.
34. Crisp AH, Burns MB. Clinical Presentation Of Anorexia Nervosa In Males. *International Journal Of Eating Disorders* 1983;2(4):5-10.
35. Parman T, Ergen, Bedeni. Bir Beden Patolojisi Olarak Anoreksiya Nervosa. *Ergenlik Ve Merhaba Hüzün, Bağlam Yayınları*, 2000; 102-109.

36. Lewinsohn PM, Seeley JR, Moerk KC, Striegel-Moore R.H. Gender Differences In Eating Disorders Symptoms In Young Adults. *International Journal Of Eating Disorders* 2002; 32: 426-440.
37. Hoek HW, Van Hoeken D. Review Of The Prevalence And Incidence Of Eating Disorders. *International Journal Of Eating Disorders*. 2003;34(4):383-396.
38. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler HC. The Prevalence And Correlates Of Eating Disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007;61:348-358.
39. Kınık E. Ergen Hekimliğinde Yeme Bozuklukları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Ankara, 1997;22-30.
40. Yeşilbursa D. Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve Beden İmgesi Değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1990.
41. Uzun Ö, Güleç N, Özgahin A, Doruk A. : Screening Disordered Eating Attitudes And Eating Disorders in A Sample Of Turkish Female College Students. *Comprehensive Psychiatry* 2006;47:123-126
42. Kuğu N, Akyüz G, Doğan O, Ersan E. The Prevalence Of Eating Disorders Among University Students And The Relationship With Some Individual Characteristics. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry* 2006; 40:129-135.
43. Williamson DA, Womble LG, Smeets MAM, Netemeyer RG, Thaw JM, Kutlesic V, Gleaves DH. Latent Structure Of Eating Disorder Symptoms: A Factor Analytic And Taxometric Investigation. *American Journal Of Psychiatry* 2002;159:412-418.
44. Öztürk O. Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev veya Yapı Bozuklukları II. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994; 354-362. 84.
45. Westen D, Harnden-Fischer J. Personality Profiles In Eating Disorders: Rethinking The Distinction Between Axis I And Axis II. *American Journal Of Psychiatry*, 2001; 158:547–562.

46. Shinkwin R, Standen PJ. Trends İn Anorexia Nervosa in Ireland: A Register Study. *European Eating Disorders Review*, 2001; 9 (4): 263-276.
47. Keel PK, McCormick L. Diagnosis, Assessment And Treatment Planning For Anorexia Nervosa. In C.M. Grilo, J.E. Mitchell. (Eds.) *The Treatment Of Eating Disorders* Pp.3-27, The Guilford Press, New York, 2010.
48. Keel PK, Klump KL, Miller KB, McGue M, Iacono WG. Shared Transmission Of Eating Disorders And Anxiety Disorders. *International Journal Of Eating Disorders* 2005; 38:99-105.
49. Vestergaard P, Emborg C, Stoving RK, Hagen C. Fractures İn Patients With Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, And Other Eating Disorders: A Nationwide Register Study. *International Journal Of Eating Disorders* 2002;32:301–308.
50. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Klibanski A. Medical Findings İn Outpatients With Anorexia Nervosa. *Archives Of Internal Medicine*, 2005;165:561–566.
51. Sullivan PF. Mortality İn Anorexia Nervosa. *American Journal Of Psychiatry*, 1995; 152:7.
52. Koptagel- İlal G. Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi. *Yeme Bozuklukları, İstanbul Üniversitesi Yayın No. 4211, Baskı AB Ofset Basın Yayın Matbaacılık İstanbul*, 2000; 99-109.
53. Polivy J, Herman CP. Causes Of Eating Disorders. *Annual Review Psychology*, 2002; 53: 187-213.
54. Becker AE, Keel PK, Anderson-Fye EP, Thomas JJ. Genes (And/Or) Jeans: Genetic And Sociocultural Contributions To Risk For Eating Disorders. *Journal Of Addictive Diseases* 2004;23:81-103.
55. İkiz TT, Çelikkol A. Yeme Bozukluklarının Rorschach Testi ile Değerlendirilmesi, İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999; 4(2):261-266.
56. Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, Agras WS. Coming To Terms With Risk Factors For Eating Disorders: Application Of Risk Terminology And Suggestions For General Taxonomy. *Psychological Bulletin* 2004;130:19-65.
57. Steinhausen HC. The Outcome Of Anorexia Nervosa İn The 20th Century. *American Journal Of Psychiatry* 2002;159:1284-1293.

58. Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. : An Evaluation Of Family Therapy İn Anorexia Nervosa And Bulimia Nervosa. Archives Of General Psychiatry 1987;44:1047-1056.
59. Keel PK, Haedt A. Evidence-Based Psychosocial Treatments For Eating Problems And Eating Disorders. Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology 2008;37:39-61.
60. Russell GFM. Bulimia Nervosa: An Ominous Variant Of Anorexia Nervosa. Psychological Medicine 1977; 9(3):429-448.
61. Russell GFM. The History Of Bulimia Nervosa. In: D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Eds.), Handbook Of Treatment For Eating Disorders Pp.11-24, The Guilford Press, New York, 1997.
62. Cinemre B. Yeme Bozuklukları: Epidemiyoloji ve Eşlik Eden Hastalıklar. Yeme Bozuklukları, Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1999;4(2): 137-154.
63. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpela M, Rantanen P. Bulimia And Bulimic Behaviour İn Middle Adolescents: More Common Than Thought? Acta Psychiatrica Scandinavica 1999;100: 33-39.
64. Childress AC, Brewerton TD, Hodges EL, Jarrell MP. The Kids'Eating Disorders Survey (KEDS): Results From A Survey Of Middle School Students. Journal Of American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry, 1993;32:843-850.
65. Büyükkal, M.B. Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1995.
66. Hantaş Y. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri Ve Yeme Bozuklukları Taraması. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2002.
67. Yücel B. Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları. Klinik Gelişim Dergisi, 2009; 22(4): 39-44.
68. Crow SJ, Salisbury JJ, Crosby RD, Mitchell JE. Serum Electrolytes As Markers Of Vomiting İn Bulimia Nervosa. International Journal Of Eating Disorders, 1997; 21:95-98.

69. Crow SJ, Brandenburg B. Diagnosis, Assessment And Treatment Planning For Bulimia Nervosa. In C.M. Grilo, J.E. Mitchell (Eds.) The Treatment Of Eating Disorders Pp. 28-43, The Guilford Press, New York, 2010.
70. Karancı N.Yeme Bozuklukları. Bilim ve Teknik Dergisi, Ocak 2000.
71. Hsu GLK. Outcome Of Bulimia Nervosa. Eating Disorders And Obesity. Newyork: The Guilford Press, 1995; Vol:42:238-244.
72. Yazgan Y, Yazgan Ç. Yeme Bozukluklarında Medikal- Psikiyatrik Değerlendirme: Tedavi Yaklaşımları. Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1999; 4(2): 233-241.
73. Gürdal A. Yeme Bozuklukları ve Tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9(1):21-27 86.
74. Topaç B. The Meaning, Functions And Psychological Structure Of Turkish Family. Master Of Arts., İstanbul, Boğaziçi University,1994.
75. Ailenin ve Aile İçinde Çocuğun Korunması ve Çocuğun Statüsü Komisyonu Raporu. 1. İstanbul Çocuk Kurultayı, İstanbul Çocuk Raporu, 1. Baskı, S.122-123, İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları: 1, İstanbul, 2000.
76. Yalkın S. Prenatal Expectancies Of Developmental Time-Tables Child-Rearing Attitudes And Actal Child Development. Master Of Arts., İstanbul, Boğaziçi University, 1994.
77. Çerik Ş. Ailelerin Gençlere Karşı Tutumları ve Gençlerin Ailelerinin Tutumlarını Algılayışlarına Yönelik Üniversite Gençliği Üzerinde Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 2(1): 2002.
78. Yavuzer H. Ana-Baba ve Çocuk, İkinci Basım, İstanbul, Remzi Kitapevi, 1988.
79. Santrock JV, Yussen SR. Child Development: An Introduction, Fourth Ed., Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Publishers, 1989.
80. Calam R, Waller G, Slade P, Newton T. Eating Disorders And Perceived Relationships With Parent. International Journal Of Eating Disorders, 1990; 9 (5), 479-485.
81. O’Kearney R. Attachment Disruption İn Anorexia Nervosa And Bulimia Nervosa: A Review Of Theory And Empirical Research. International Journal Of Eating Disorders 1996; 20 (2):115-127.

82. Humphrey LL. Comparison Of Bulimic-Anorexic And Nondistressed Families Using Structural Analysis Of Social Behavior. *Journal Of The American Academy Of Child& Adolescent Psychiatry* 1987; 26 (2): 248-255.
83. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye WA. Controlled Family Study Of Anorexia Nervosa And Bulimia Nervosa: Evidence Of Shared Liability And Transmission Of Partial Syndromes. *American Journal Of Psychiatry*, 2000; 157: 393-401.
84. Pike KM, Rodin J. Mothers, Daughters, And Disordered Eating. *Journal Of Abnormal Psychology* 1991; 100: 198-204.
85. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Martz J, Hoek HW, Willi J. Incidence Of Severe Anorexia Nervosa In Switzerland: 40 Years Of Development. *International Journal Of Eating Disorders* 2004; 35:250-258.
86. Dancyger I, Fornari V, Scionti L, Wisotsky W, Sunday S. Do Daughters With Eating Disorders Agree With Their Parents' Perception Of Family Functioning? *Comprehensive Psychiatry* 2005;46:135–139.
87. Cash TF, Fleming EC. The Impact Of Body Image Experiences: Development Of The Body Image Quality Of Life Inventory. *Journal Of Eating Disorder* 2002;31: 455-460.
88. Jung, J, Lee S-H. Behavior Between Korean And U.S. Women Cross-Cultural Comparisons Of Appearance Selfschema, Body Image, Self-Esteem, And Dieting. *Family And Consumer Sciences Research Journal* 2006;34: 350.
89. Holsen I, Kraft P, Roysamb E. The Relationship Between Body Image And Depressed Mood In Adolescence: A 5-Year Longitudinal Panel Study. *Journal Of Health Psychology* 2001;6(6): 613–627.
90. Doğan T. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010;39:151-159.
91. Steinberg L. Ergenlik Çeviren Çok F, İmge Kitabevi, Ankara, 2013.
92. Çınar H, Keskin N. Öğrencilerin Sosyal Görünüş Kaygısının Öğrenim Yeri Tercihlerine Etkisi. *Electronic Journal Of Vocational Colleges* 2015;14:458.
93. Gümüş AE. Sosyal Kaygı ile Başa Çıkma. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım, 2006

94. Davison, C.G. Anormal Psikoloji. (Çev. İhsan Dağ) 7. Basım, Ankara: Türk Psikoloji Derneği Yayınları, 1997.
95. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RC. Development And Examination Of The Social Appearance Anxiety Scale. *Assessment* 2008;15: 48-59.
96. T Marc, V William. Family Medicine Ethics: An Integrative Approach, *Fam. Med.* 2018; 50 (8): 583-588.
97. WONCA, The European Society of General Practice, Family Medicine, 2002.
98. Fitzsimmons-Craft EE, Karam AM, Monterubio GE, Taylor C.B, Wilfley DE. Screening for Eating Disorders on College Campuses: a Review of the Recent Literature. *Current Psychiatry Reports* 2019; 21: 101.
99. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitude Test: An Index Of The Symptoms Of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9, 273-279.
100. Doğan O. Anoreksiya Nervozada, Bir İzleme Çalışması. Hacettepe 1985.
101. Gülerce, A.: Türkiye’de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1996.
102. Yu J, Lu M, Tian L, Lu W, Meng F, Chen C, Et Al. Prevalence Of Disordered Eating Attitudes Among University Students İn Wuhu, China. *Nutr Hosp.* 2015;32:1752-7.
103. Nakamura K, Hoshino Y, Watanabe A, Honda K, Niwa S, Tominaga K, Et Al. Eating Problems İn Female Japanese High School Students: A Prevalence Study. *Int J Eat Disord* 1999;26:91-5.
104. Klawe Jj, Szady-Grad M, Drzewiecka B, Tafil-Klawe M. Eating Disorders Among Students Of The Medical University in Bydgoszcz. *Przegl Lek* 2003;E6:40-42.
105. Reyes-Rodríguez Ml, Franko Dl, Matos-Lamourt A, Bulik Cm, Von Holle A, Cámara-Fuentes Rl. Eating Disorder Symptomatology: Prevalence Among Latino College Freshmen Students. *J Clin Psychol* 2010;66:666-79.
106. Sira N, Pawlak R. Prevalence Of Overweight And Obesity, And Dieting Attitudes Among Caucasian And African American College Students İn Eastern North Carolina: A Cross-Sectional Survey. *Nutr Res Pract* 2010;4:36-42.

107. Tozun M, Ünsal A, Ayrancı U ve Ark. Prevalence Of Disordered Eating And Its Impact On Quality Of Life Among A Group Of College Students In A Province Of West Turkey. *Salud Publica Mex*, 2010; 52: 190-8.
108. Şanlıer N, Yabancı N, Alyakut O. An Evaluation of Eating Disorders Among A Group Of Turkish University Students. *Appetite* 2008;51:641-5.
109. Rowa K, Kerig Pk, Geller J. The Family And Anorexia Nervosa: Examining Parent–Child Boundary Problems. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:97–114.
110. Fitzsimmons-Craft Ee, Balantekin Kn, Eichen Dm, Graham Ak, Monterubio Ge, Sadeh-Sharvit S, Goel Nj. Screening And Offering Online Programs For Eating Disorders: Reach, Pathology, And Differences Across Eating Disorder Status Groups At 28 U.S. Universities. *Int J Eat Disord*. 2019;52:1125–1136.
111. Melissa R, Lama M, Laurence K, Sylvie B, Jeanne D, Odile V, Nathalie G. Physical Activity in Eating Disorders: A Systematic Review. *Nutrients* 2020; 12: 183.
112. Trott M, Jackson SE, Firth, J. Et Al. A Comparative Meta-Analysis Of The Prevalence Of Exercise Addiction in Adults With And Without Indicated Eating Disorders. *Eat Weight Disord* (2020).
113. Mcclelland L, Crisp A. Anorexia Nervosa And Social Class. *Int J Eating Dis* 2001;29: 150–156.
114. Clopton JR, Haas HL, Kent JS. Family Dynamics. In: J. J. Robert-Mccomb (Ed.) *Eating Disorders In Women And Children: Prevention, Stres Management, And Treatment*. Pp. 2001; 165-177.
115. Ünsal A, Ayrancı Ü, Arslan G ve Ark. Kütahya, Türkiye’deki Erkek Ve Kız Öğrenciler Arasındaki Depresyon ve Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11:112-19.
116. Steiger H, Stotland S, Trottier J, Ghadirian Am. Familial Eating Concerns And Psychopathological Traits: Causal Implications Of Trans-Generational Effects. *International Journal Of Eating Disorders* 1996; 19:147-157.
117. Ünlü G, Aras Ş, Güvenir T, Büyükgebiz B, Bekem Ö. Yeme Reddi Olan Çocukların Annelerinde Kişilik Bozuklukları, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ve Aile İşlevleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(1):.

118. Nielsen L. Father–Daughter Relationships: Contemporary Research And Issues. New York, Ny: Routledge, Taylor & Francis Group; 2012.
119. Siyez DM, Uzbaş A. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki. Yeni Symposium Dergisi 2006;44(1):.
120. Kuğu N, Akyüz G, Doğan. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Yeme Bozukluğu Olanlarda Benlik Saygısı, Aile İşlevleri, Çocukluk Çağı İstismarı Ve İhmalinin Araştırılması. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3p) Dergisi 2002;10(3): 255-266.
121. Minuchin S., Bernice L. Rosman, Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa İn Context. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1978; 351.
122. Kuzgun Y. Ana-Baba Tutumlarının Bireyin Kendini Gerçekleştirme Düzeyine Etkisi. Hacettepe Sosyal Eve Beşeri Bilimler Dergisi 5(1): 1973.
123. Büyüköztürk H, Çolak Ş, Görgülü F, Saraçoğlu E, Saraçoğlu İ. Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Tutumuyla İlişkili Faktörler, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2013.
124. Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An Eating Disorder-Specific Model Of İnterpersonal Psychotherapy (İpted). Causal Pathways And Treatment İmplications. Clinical Psychology Review, 2010;30, 400–410.
125. Koskina A, Van Den Eynde F, Meisel S, Campbell IC, Schmidt U. Social Appearance Anxiety And Bulimia Nervosa. Eating And Weight Disorders, 2011;16, E142–E145.
126. Leigh C, Brosof, BA And Cheri A. Levinson, Ph.D. Social Appearance Anxiety And Dietary Restraint As Mediators Between Perfectionism And Binge Eating: A Six Month Three Wave Longitudinal Study, Hhs Public Access, 2017.
127. Bushi, B. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumu, Anksiyete ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

8. EKLER

8.1. EK1: ETİK KURUL ONAYI

Karar No:2018/18-41		Tarih:19.07.2018			
KARAR BİLGİLERİ		Prof.Dr.Mehtap KARTAL'ın sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversitesine Başlayan Öğrencilerde Aile Yapısı ve Sosyal Görünüş Kaygısının Yeme Bozukluğu Riski ile Olan İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Ali Rıza ŞİŞMAN (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>APŞİŞMAN</i>
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılamadı</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Katılamadı</i>
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Katılamadı</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Öz</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılamadı</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılamadı</i>
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Süle</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Bilge</i>
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Abacı</i>
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Arıcı</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Bektaş</i>
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Soysal</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Bilgin</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Özkul</i>

8.2. EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket Dokuz Eylül Üniversitesine başlayan öğrencilerde aile yapısı ve sosyal görünüş kaygısının yeme bozukluğu riski ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneği işaretleyiniz. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Ahmet

Soyadı: ÖZTÜRK

Tel: 05544125390

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

8.3. EK 3: ANKET FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Erkek() Kadın()
3. Boyunuz:..... Kilonuz:.....
4. Kazandığınız fakülte:
5. Ailenizin ekonomik durumu: 1600 TL'den az() 1600-5300 TL arası() 5300 TL'den fazla()
6. Şimdiye kadar kiminle birlikte yaşadınız? :
Aile(anne-baba) ile birlikte () Akraba ile birlikte () Diğer ()
7. Anne-baba sağlık durumu:
Her ikisi de yaşıyor() Sadece anne sağ () Sadece baba sağ()
8. Bir önceki soruda her ikisi de yaşıyor seçeneğini işaretlediyseniz cevaplayınız.
Anne-baba: Birlikte yaşıyor() Ayrı yaşıyor()
9. Bir önceki soruda anne baba birlikte yaşıyor seçeneğini işaretlediyseniz cevaplayınız.
Aşağıdaki aile tanımlarından hangisi size uymaktadır?
() Çekirdek aile: annem, babam, ben, varsa kardeşlerim birlikte yaşıyoruz.
() Ataerkil Geniş Aile: Annem babam, ben, varsa kardeşlerim/ varsa kardeşlerimin eşleri, dedem/ninem birlikte yaşıyoruz.
() Geçici Geniş Aile: annem, babam, ben, kardeşlerim, dede /nine hariç başka akraba/larımızla birlikte yaşıyoruz.
10. Evde toplam kaç kişi yaşıyor?:.....
11. Kardeş sayısı:.....
12. Aşağıdaki önermelerde birden çok ifadeyi işaretleyebilirsiniz.
Annem: Otoriterdir() Aşırı koruyucudur() İlgisiz-Reddedicidir() Demokratiktir()
Baba özellikleri: Otoriterdir() Aşırı koruyucudur() İlgisiz-Reddedicidir() Demokratiktir()
13. Eğitim düzeyi:
Anne Okur-yazar değil() Okur-yazar() İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite()
Baba Okur-yazar değil() Okur-yazar() İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite()
14. Ailede fazla kilolu olan var mı?: Yok () Annem() Babam() Kardeşim()

15. Ailenizde ilaç kullanımını gerektiren psikolojik hastalığı olan var mı?:

Kendiniz() Anne() Baba() Kardeş() Yok()

16. Düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığınız var mı? Yok() Var
() Nedir?.....

17. Spor yapıyor musunuz?: Evet, ama düzensiz() Evet, düzenli() Hayır()
Lisanslı sporcuyum()



8.4. EK 4 YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen, her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen şıkkı işaretleyiniz.

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

hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. 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 hissedirim.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

8.5. EK 5 AİLE YAPISINI DEĞERLENDİRME ARACI

Lütfen aşağıdaki bütün soruları kendi anladığınız biçimde yanıtlayınız. Her bir ifadenin sizin gerçeğinizi yansıtmaya derecesini sağ taraftaki on bölümlü çizelgeler üzerindeki aralığı işaretleyerek belirtiniz. (10 puan bizimkiyle tamamen aynı, 1 puan ise bizimkinin tam tersi anlamına gelmektedir.)

	Bizimkiyle tamamen aynı					Bizimkinin tam tersi				
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
1. Ailemizde her türlü konu ve fikir açıkça konuşulur.										
2. Evimizde birisi bir şey söylediği zaman diğerleri aynı şeyi anlarlar.										
3. Bizim evde olaylar karşısındaki düşünce ve duygular konuşmaktan çok davranışlarla ifade edilir.										
4. Bizim evde sözlerle söylenenler, davranışlarla anlatılanları tutmaz.										
5. Evdekilerle çatışmaktansa susmayı veya başkalarıyla konuşmayı yeğlerim.										
6. Bizim evde kesinlikle konuşulmayacak konular bence çok fazladır.										
7. Beni korkutan başaramayacağımı sandığım ve üzüldüğüm şeyleri anne ve babama rahatlıkla söylerim.										
8. Beni sevindiren ve aklımdan geçen komik şeyleri anne ve babama rahatlıkla söylerim										
9. Aile üyeleri arasındaki iletişimi son derece doyurucu bulurum.										
10. Birimizin işte, okulda veya arkadaşından öğrendiği bir şey bizim evde genellikle ilgi görür, tartışılır ve beğenilirse uygulanır.										
11. Ailem başkalarından gelen eleştiri ya da önerilere tamamen kapalıdır.										
12. Evimizde TV, radyo, gazete, dergi, kitap, konferans, sinema, tiyatro gibi yollarla yeni şeyler öğrenmeye ve dünyada olup bitenlere çok ilgi duyulur.										
13. Bizim evde iş, okul ve ev işleri dışında da birçok uğraş (hobiler, özel ilgiler, spor faaliyetleri, v.b.) vardır										
14. Doğrusu ailemden daha çok bağlı olduğum bir insan (arkadaş, sevgili, öğretmen, terapist, kendi ailem, akraba, v.b.) var.										
15. Ailem benim pek çok arkadaşım ile tanışır.										
16. Ailemizdeki dayanışma ve birlik duygusu çok güçlüdür.										
17. Annem ve babam evde kendi başıma geçirmek										

8.6. EK 6 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Aşağıdaki sorularda size uyan tek seçeneği her bir soru için işaretleyiniz.

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
Dış görünüşüm ile ilgili kendimi rahat hissederim.					
Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim.					
İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
Yanlarında olmadığımda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.					
Görünüşümden dolayı insanların benle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
Görünüşümün yaşamımı zorlaştırmasından endişe duyarım.					
Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.					
İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim					
Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissederim.					
Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.					
İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					