



LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ

**DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİ VE YEME
FARKINDALIĞININ YEME BOZUKLUKLARI İLE
İLİŞKİSİ**

Tuba TUTAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İstanbul, 2024



**DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİ VE YEME
FARKINDALIĞININ YEME BOZUKLUKLARI İLE
İLİŞKİSİ**

Tuba TUTAR

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. H. Gülsen Erden

YÜKSEK LİSANS TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Dr. Öğr. Üyesi Eda Yılmazer

Doç. Dr. İlkiz Altınoğlu Dikmeer

ÖNSÖZ

Tez sürecimde bana yol gösteren çok değerli hocam, süpervizörüm ve tez danışmanım Prof. Dr. Gülsen Erden'e teşekkürü borç bilirim.

Bu süreçte yanımda olan ve eğitimim için her türlü maddi manevi desteği sağlayan canım anne ve babama ne kadar teşekkür etsem azdır.

Tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen kuzenim Güzin'e ve yanımda olan tüm arkadaşlarıma ayrıca teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SEMBOLLER.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
1 GİRİŞ.....	1
1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE SORULARI	3
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 YEME BOZUKLUKLARI.....	4
2.1.1 Bulimiya Nervoza	4
2.1.2 Anoreksiya Nervoza.....	8
2.1.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	10
2.1.4 Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu	12
2.2 YEME FARKINDALIĞI	13
2.2.1 Farkındalıklı Yeme Öğeleri	16
2.2.1.1 Yeme Hızı	16
2.2.1.2 Açlık ve Tokluk Farkındalığı.....	16
2.2.1.3 Porsiyon Boyutları	17
2.2.1.4 Dikkat Dağıtan Öğeler	17
2.2.1.5 Tüketilen Gıdanın Keyfini Çıkarmak	17
2.3 DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİ	18
2.4 ARAŞTIRMANIN AMACI VE SORULARI	22
2.5 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	22
3 YÖNTEM	23

3.1 ARAŞTIRMA MODELİ	23
3.2 EVREN VE ÖRNEKLEM	23
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	25
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu	25
3.3.2 Duygu Düzenleme Ölçeği- Kısa Formu (DDGÖ- 16)	25
3.3.3 Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ- 30)	25
3.3.4 Yeme Bozuklukları Ölçeği- Kısa Formu (EDE- Q- 13)	26
3.4 İŞLEM	26
3.5 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	27
4 BULGULAR.....	28
4.1 BETİMSSEL İSTATİSTİKLERE İLİŞKİN BULGULAR	28
4.2 ÖLÇEKLERİN KORELASYON ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR	29
4.3 HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR	32
4.4 SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN GRUP KARŞILAŞTIRMALARINA DAİR BULGULAR	35
5 TARTIŞMA	42
5.1 SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	42
5.2 KORELASYON ve REGRESYON ANALİZİ BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	48
6 SINIRLILIKLAR, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKÇA	56
EK A BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	86
EK B DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	87
EK C	89
EK D	91
EK E.....	94
ÖZGEÇMİŞ	96

ÖZET

DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİ VE YEME FARKINDALIĞININ YEME BOZUKLUKLARI İLE İLİŞKİSİ

Çalışmada duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalığının yeme bozuklukları ile ilişkisi incelenmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik değişkenleri ile yeme patolojileri değerlendirilmiş; Pearson korelasyon analizi, bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve hiyerarşik regresyon analizleri ile değişkenlere ait bulgular ele alınmıştır. Araştırmanın örneklemini 18-60 yaş arası 352 katılımcı oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Duygu Düzenleme Ölçeği- Kısa Formu (DDGÖ- 16), Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ- 30) ve Yeme Bozuklukları Ölçeği- Kısa Formu (EDE- Q- 13) kullanılmıştır. Kadın katılımcıların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği toplam puanı erkek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yeme bozuklukları ile duygu düzenleme güçlüklerinin pozitif yönde, yeme farkındalığı ile yeme bozukluklarının ise negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, duygu düzenleme güçlüğü'nün pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde; yeme farkındalığı'nın ise negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yeme bozukluklarını yordama gücüne sahip olduğu görülmüştür. Yeme farkındalığı, yeme bozukluğunu %15 oranında açıklamaktadır. Türk alanyazında yeme bozuklukları alanında yapılan araştırmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Özellikle yeni bir kavram olan yeme farkındalığına ilişkin çalışmalar yok denecek kadar azdır. Yeme bozukluklarının başlangıcı, sürdürülmesi ve tedavisi ile ilişkili faktörleri tanımlamak, önleme ve müdahale adımlarını güçlendirmek için bu tez çalışmasının alandaki boşluğu giderebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: yeme bozuklukları, bilinçli yeme, duygu düzenleme

Tarih: 24.06.2024

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTION REGULATION SKILLS AND EATING AWARENESS WITH EATING DISORDERS

The study examined the relationship between emotion regulation skills and eating awareness with eating disorders. The socio-demographic variables of the participants and eating pathologies were assessed; findings related to the variables were addressed through Pearson correlation analysis, independent samples t-test, one-way variance analysis (ANOVA), and hierarchical regression analyses. The sample of the study consisted of 352 participants aged 18-60 years. Data collection tools used in the study included the Personal Information Form, Emotion Regulation Questionnaire – Short Form (EDS– 16), Eating Awareness Scale (EAS– 30), and Eating Disorder Examination Questionnaire – Short Form (EDE-Q-13). The total score of the Eating Disorder Examination Questionnaire was found to be significantly higher among female participants compared to male participants. A positive relationship was found between eating disorders and difficulties in emotion regulation, while a negative relationship was found between eating awareness and eating disorders. Additionally, it was observed that difficulties in emotion regulation significantly and positively predicted eating disorders, whereas eating awareness negatively and significantly predicted eating disorders. Eating awareness explained 15% of the variance in eating disorders. It was observed that research on eating disorders in the Turkish literature is quite limited. In particular, studies related to eating awareness, a new concept, are almost nonexistent. This thesis study is thought to fill the gap in the field by identifying factors related to the onset, maintenance, and treatment of eating disorders and strengthening prevention and intervention steps.

Keywords: eating disorders, mindful eating, emotion regulation

Date: June 24, 2024

SEMBOLLER

N	: Örneklem
SS	: Standart sapma
<i>p</i>	: Anlamlılık
r	: İlişki
df	: Serbestlik derecesi
t	: t testi değeri
β	: Beta
%	: Yüzde
η^2	: Etki büyüklüğü

KISALTMALAR

akt : Aktaran

ark : Arkadaşları

Çev : Çeviren

vd : Ve diğeri

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

APA : American Psychological Association

DSM-5 : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri	25
Tablo 4.1.2 Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Katılımcıların Yaşının ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık ve Basıklık Değerlerinin Betimleyici İstatistikleri	30
Tablo 4.2.1 Katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlükleri, Yeme Bozukluğu Belirtileri ve Yeme Farkındalığı Boyutları Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyonu Bulguları	32
Tablo 4.2.2 EDEQ Toplam Puanı, YFÖ Toplam Puanı ve DDGÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkiyi İncelemeye Yönelik Pearson Korelasyonu Bulguları	33
Tablo 4.3.1 EDEQ Toplam Puanı, YFÖ Toplam Puanı ve DDGÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkiyi İncelemeye Yönelik Pearson Korelasyonu Bulguları	34
Tablo 4.3.2 EDEQ Toplam Puanının Sosyodemografik Değişkenler, Duygu Düzenleme ve Yeme Farkındalığı Puanları Tarafından Yordayıcılığına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Bulguları.....	35
Tablo 4.4.1 Cinsiyet Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları	36
Tablo 4.4.2 Yaş Grubu Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	36
Tablo 4.4.3 Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	37
Tablo 4.4.4 Medeni Durum Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	37
Tablo 4.4.5 Yaşanılan Kişi(ler) Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	38
Tablo 4.4.6 Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	38
Tablo 4.4.7 Çalışma Durumu Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	39

Tablo 4.4.8 Kronik Rahatsızlık Tanısı Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları	39
Tablo 4.4.9 Psikiyatrik Rahatsızlık Tanısı Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları	40
Tablo 4.4.10 Diyet ya da Özel Beslenme Tarzı Öyküsü Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T- testi Bulguları.....	40
Tablo 4.4.11 Yeme Bozukluğu Öyküsü Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları	41
Tablo 4.4.12 Düzenli Egzersiz Yapma Durumu Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları	41

1 GİRİŞ

Modern toplumun gizli problemi haline gelen yeme bozuklukları özellikle son 20 yılda yaygınlığı ile ön plana çıkmaktadır (Qian vd., 2021). 1970’li yıllarda artarak ilgi görmeye başlayan yeme bozukluklarından bu ilginin açığa çıktığı günlerde, psikiyatrist Bruch çoğu hekimin bu bozuklukları tıp fakültesinde öğrendiğini belirtmiş ve anoreksiya nervozayı “Salgın bir hastalıktan söz edilebilir ancak bulaşıcı bir etken yoktur” şeklinde tanımlamıştır (Bruch, 1982). Tedavi edilmemiş yeme bozukluğuna sahip olan bireylerin intihar ihtimalinin, yeme bozukluğuna bağlı olmayan intiharlarla karşılaştırıldığında 32 kat daha fazla olduğundan söz edilmiştir. Yeme bozuklukları, ilişkili tıbbi komplikasyonlar ve intihar oranları sebebiyle ruhsal rahatsızlıklar arasında ciddi ölüm oranlarına sahip bir bozukluk olarak nitelendirilmiştir (Madden vd., 2009). (Smink, van Hoeken ve Hoek, 2012). Hatta kişiler tedavi gördüğünde dahi intihar oranlarının yüksek seyrettiğinden söz edilmiştir (Engel vd., 2009; Forcano vd., 2011). Yaygınlık çalışmalarında Birleşik Krallık’ta 725.000’den fazla kişinin yeme bozukluğu tanısı aldığı ve bu sayının 2009’dan itibaren de yılda ortalama %7 oranında arttığı belirtilmektedir (Beat, 2015). Günümüzde ise Anoreksiya Nervosa ve İlişkili Bozukluklar Derneği’nin (2021) yayınladığı rapora göre, yeme bozuklukları dünya genelinde nüfusun en az %9’unu etkilemekte ve doğrudan yılda 10.200 kişinin ölümüne neden olan bir ruh sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır (ANAD, 2021). Yukarıda söz edilenler çerçevesinde yeme bozukluklarının tedavisi ya da müdahale yöntemleri önem kazanmaktadır.

Özellikle geleneksel kilo verme ve sağlıklı kilo kontrolü yöntemlerinin başarılı olamadığı senaryolarda alternatif yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğundan söz edilmektedir (Bacon vd., 2005; Sacks vd., 2009). Güncel çalışmalarda yeme bozukluklarını ya da yeme tutumları ile ilişkili ruhsal sorunları tedavi etmek veya kilo vermeye yardımcı olmak için çeşitli farkındalık temelli müdahale planları oluşturulduğu ve etkililiklerinin sınıandığı gözlenmektedir (Hulbert-Williams vd., 2013; Minari vd., 2024; Moskowitz, Schechter ve Sala, 2023; Sala, Levinson, Kober ve Roos, 2023). Kişiler çoğunlukla tükettikleri gıda miktarının bilincinde olmamakla birlikte (Hetherington, 2007; Vartanian, Herman ve Wansink, 2008) bir günde ortalama 200’den fazla gıda çeşidi tercih etmektedir. (Wansink ve Sobal, 2007). Bu da yemek yerken/yemek ile ilgili bir ortamda bireyin duygusal ve fiziksel duyguları hakkında yargısız farkındalığını sürdürmesi olarak tanımlanan “yeme farkındalığı” kavramını ortaya çıkarmaktadır

(Framson vd., 2009; Mantzios, 2023). Özellikle COVID-19 süreci ile kişilerin yaşam tarzı, gıda tercihleri ve fiziksel aktivite seviyelerinde önemli değişimler olmuştur. Keto diyeti ve aralıklı oruç tutmaya başlayarak düşük karbonhidratlı diyetler uygulamaya başlayan kişiler açlık sinyallerini görmezden gelmiş ve ideal kilolarını erişebilmek için yoğun bir suçluluk ve memnuniyetsizlik duygusuna kapılmıştır. Tüm bu davranışlar aşırı yeme ve yiyeceklerle düzensiz ilişkilerin artmasına sebep olarak bilinçli yemeyi etkilemiştir (Jacob ve Panwar, 2023). Christodoulou, Markopoulou ve Koutelidakis (2024) bilinçli yemenin düzensiz yeme davranışlarını azaltmada potansiyel terapötik bir rolü olduğunu belirtmektedir.

Kişinin duygularını dış taleplere göre değiştirmesi olarak tanımlanan “duygu düzenleme” (Gross, 2002) eksikliğinin, yeme bozukluğu tanılı bireylerin olumsuz ruh hali ile başa çıkma becerilerinden yoksun olmalarına ve yeme patolojileri sergilemelerine yol açtığı bildirilmektedir (Sim ve Zeman, 2006). Yakın zamanda İtalya’da 104 katılımcı ile gerçekleşen bir çalışmada yeme bozukluğu tanısı olan hastaların, kontrol grubuna kıyasla, anlamlı düzeyde daha yüksek duygu disregülasyonu, olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, ruminasyon ve endişe bildirdiğini tespit etmiştir. Düşünceleri kontrol etmeye yönelik inançlar ve endişe duygu disregülasyonunu önemli ölçüde yordamıştır (Palmieri vd., 2023). Alanyazında uzun bir süre önce ele alınmaya başlamış olmasına karşın, halen klinisyenler ve araştırmacılar yeme bozukluklarının nedeni, nörobiyolojisi ve tedavisinin anlaşılmasında da zorluklar olduğunu vurgulamakta ve bu bağlamda duygu durum bozuklukları ile yüksek oranda görülen komorbiditenin de yeme bozukluklarının tedavisini zorlaştırdığına ilişkin bulgular ortaya koyulmaktadır.

Türk alanyazında yeme bozuklukları alanında yapılan araştırmaların erişilebilen çalışmalar bağlamında oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Özellikle yeni bir kavram olan “yeme farkındalığı”na ilişkin çalışmaların yok denecek kadar az olması dikkati çekmiştir. Araştırmanın amacı katılımcıların duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalıkları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Ayrıca alanyazında duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalığı değişkenlerinin yeme bozuklukları ile ilişkisini ve yordama gücünü değerlendiren herhangi bir çalışmanın olmaması bir sınırlılık olarak görülmüş ve tez kapsamında ele alınmıştır. Türkiye’de de çok az sayıda kuruluş, tedavi merkezi veya araştırma enstitüsü yeme bozukluklarını inceleme, tedavi etme ya da psikoeğitim verme üzerinde durmaktadır. Yeme bozukluğu davranışını öngören faktörleri incelemenin hem alanda çalışan ruh sağlığı uzmanlarına yol

göstereceği hem de diğer potansiyel faktörler için bir rehber oluşturacağı düşünölmektedir.

1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE SORULARI

Ulusal alanyazında yeme bozuklukları alanında yapılan/erişilebilen araştırmaların oldukça kısıtlı olduğu görölmektedir. Özellikle yeni bir kavram olan yeme farkındalığına ilişkin çalışmalar yok denecek kadar azdır. Araştırmanın amacı katılımcıların duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalıkları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Yeme bozukluklarının başlangıcı, sürdürölmesi ve tedavisi ile ilişkili faktörleri tanımlamak, önleme ve müdahale adımlarını güçlendirmek için bu tez çalışmasının alandaki boşluğu giderebileceği düşünölmektedir. Ayrıca alanyazında duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalığı değişkenlerinin yeme bozuklukları ile ilişkisini ve yordama gücünü değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olması bir sınırlılık olarak görölmüş ve tez kapsamında ele alınmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozuklukları, Amerikan Psikoloji Derneği (APA, t.y.) tarafından kişinin sağlığını ve/veya yaşamını tehdit edebilecek anormal yeme alışkanlıkları olarak tanımlanmaktadır. Ulusal Yeme Bozukluğu Derneği'ne göre, ortalama 20 milyon kadın ve 10 milyon erkek hayatlarının bir döneminde yeme bozukluğu yaşamaktadır (Wade, Keski-Rahkonen ve Hudson, 2011). Ruh Sağlığı Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- 5'te (DSM-5), Yeme bozuklukları Eksen-I bozuklukları olarak kategorize edilmektedir. Bu ekseninde yer alan özgül bozukluk alt tipleri “*anoreksiya nervoza*”, “*bulimiya nervoza*”, “*tıkınırcasına yeme bozukluğu*” ve “*diğer belirlenmiş beslenme veya yeme bozukluğu*”dur. Ayrıca, kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu, pika ve rumantasyon bozukluğu da yeme bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır (APA, 2013).

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) anoreksiya nervoza'nın yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık %0.4, bulimiya nervoza'nın yaklaşık %1 ila %1.5 ve tıkınırcasına yeme bozukluğunun %1.6 olduğunu bildirmektedir.

2.1.1 Bulimiya Nervoz

Bulimiya nervoz tanı tarihinde yeni bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Antik Mısırlıların, hastalıkların gıdalardan kaynaklanabileceğine inanarak her ay 3 gün arka arkaya kendilerini kusturdıkları bilinmektedir (Blinder ve Chao, 1994). “Bulimya” ya da “ox-hunger” kelimelerinden türeyen “bulimia” (Castillo ve Weiselberg, 2017), 5. yüzyıl hekimlerinden Theodorus Priscianus'un eserlerinde terim olarak yer almaktadır (Lewis ve Short, 1990). Romalılar da yemeğin ardından boğazlarını çeşitli tüylerle gıcıklayarak kusma eylemi gerçekleştirmiş ve yapılacak ziyafet için alan açmaya çalışmışlardır (Stice, Bohon, Marti ve Fischer, 2008). 1979 yılında İngiliz psikiyatrist Gerald Francis Morris Russell anoreksiya nervozanın bir varyantı olarak bulimiya nervozayı tanımlamış ve bulimiya nervozayı kronik bir evre olarak tasvir etmiştir (Russell, 1979). Bulimik semptomların klinik sunumları 1960- 1970'lerde oldukça sınırlı kalmış ve klinisyenler artan sayıda vakaya dikkat çekmeye başlamıştır (Russell, 1997).

Kadınların %1-3'ünde bulimiya nervoza kriterleri karşılanmaktadır (Lucas, Beard, o'Fallon ve Kurland, 1991). Erkeklerle göre kadınlarda yaygınlığının 10 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (Spitzer, Devlin ve Walsh, 1992). Ayrıca homoseksüel erkeklerin yaklaşık %14'ünde bulimiya nervoza olduğu bilinmektedir (Carlat, Camargo ve Herzog, 1997). Volpe vd. (2016) en riskli yaş grubunun 15-25 aralığı olduğunu belirtmekte; Keski-Rahkonen vd. (2009) ise başlangıç yaşının 16- 20 olduğunu dile getirmektedir. van Eeden, van Hoeken ve Hoek'in (2021) yürüttüğü güncel bir küresel yaygınlık çalışmasında da bulimiya nervoza görülme sıklığının en yüksek 15 ile 29 yaş arasında olduğunu söylemektedir. Bulimiya nervozalı kişiler beden kitle endeksinin 18.5 ve üzeri ya da 30'dan az olduğu normal ya da aşırı kilolu durumlarda görülmektedir (APA, 2013).

DSM-5'te bulimiya nervoza için beş farklı tanı kriteri yer almaktadır. Öncelikle bireyin tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları var olmaktadır. Kontrol kaybı ile ön plana çıkan tıknırcasına yeme atakları başladıktan sonra yeme eyleminin durdurulamayacağına inanılmaktadır. Hastalar sıklıkla "uyuşmuş" veya "hiçbir şey" hissettiklerini dile getirmektedir. Fitzsimmons-Craft vd. göre (2014), objektif aşırı yeme epizodları, kontrol kaybının yaşandığı fakat tüketilen besin miktarının sağlıklı bir bireyin yiyeceğinden daha fazla olmadığı düşünülen sübjektif yeme epizodlarından farklılaşmaktadır. Bulimiya nervozalı bireyler ise günde ortalama 9000 kalori almaktadır ve bu yiyecekler yağ bakımından doymuş, protein bakımından düşük besinlerden oluşmaktadır (Hetherington, Altemus, Nelson ve Bernat, 1995). Fairburn ve Harrison (2003) ise bu sayının epizodlar sırasında 4200 ile 8400 kalori arasında değiştiğini iddia etmektedir. Bulimiya nervoza tıknıma atakları ile diyet yapanları arasında önemli bir süreksizlik göze çarpmaktadır (Polivy ve Herman, 1993). Ayrıca kişi kilo almayı engelleyebilmek adına kendini kusturma, diüretikler, laksatifler ya da ilaçların kötü kullanımı; oruç tutma ya da aşırı egzersiz gibi olumsuz telafi edici davranışlara yönelmektedir. Kişilerde zorla kusma metabolizma hızını olumsuz yönde etkilemektedir. Düşük kalori alımına bağlı olarak eklemlerde yaralar/yara izleri/nasırlar ve tiroid fonksiyonunda problemler meydana gelmektedir (Flett vd., 2011). Diş çürükleri/erozyonu/hassasiyet, tükürük akış hızında azalma, ağız kuruluğu ve periodontal rahatsızlıklara sıklıkla rastlanılmaktadır (Valena ve Young, 2002; Dynesen vd., 2008; Uhlen vd., 2014). Laksatiflerin uygunsuz kullanımının ise kolon hareketliliğini uyarma, sulu ishale neden olma, mukozada iltihaplanma, kolonun kas katmanlarında değişiklikler ve sinir pleksilerinde bozulma gibi etkileri olmaktadır (Bruce vd., 2003; Roerig vd., 2010; Mehler ve Rylander, 2015). Telafi edici

davranışlardan aşırı egzersiz yapımı, kişinin egzersiz yapamadığında yoğun suçluluk duygusu yaşamasına ve fiziksel cazibe de dahil olmak üzere öncelikli olarak/yalnızca kilo ve beden algısı nedeniyle tercih ettiği yöntemlerden biri olarak görülmektedir (Mond ve Calogero, 2009). Beş yıl boyunca takip edilen 496 ergen kızdaki elde edilen verileri kullanarak yapılan bir araştırmada kilo kontrolü için 24 saat boyunca yemek yememenin (oruç tutma), tıknırcasına yeme ve bulimik patolojinin başlangıcı için diyet kısıtlama puanlarından daha güçlü bir belirleyici olacağı doğrulanmıştır (Stice vd., 2008). Tanı kriterlerinden bir diğeri de tıknırcasına yeme ya da kompanse edici davranışların 3 aylık bir sürede haftada en az 1 kez ortaya çıkmasının gerekliliği ve kişilerin bedenine yönelik algılarının benlik saygılarını olumsuz yönde etkilemesidir. Kişiler düşük kilonun sosyal kabul edilebilirliğinden yola çıkarak (Schwartz, Thompson ve Johnson, 1982) kilo verildiği takdirde sosyal olarak daha kabul edilebilir ve yüksek benlik saygısına sahip olunabileceğine inanmaktadır. Ayrıca kişinin kilo vermek isteyip verememesi, başarısız diyet, tıknıma ve çıkarma döngüsü de daha düşük benlik saygısı oluşturmaya neden olmaktadır (Silverstone, 1992). Son kriter ise rahatsızlığın yalnızca anoreksiya nervoza dönemlerinde ortaya çıkmamasıdır (APA, 2013).

Bulimiya nervoza hastaları tedavi görmekten sıklıkla kaçınmakta ve problemleri hakkında bir hekime danışmak istememektedir. Tekrar eden tedavi başarısızlıklarına sıklıkla rastlanılmaktadır ve hastaların yarısının yeterli tedavi sürecine yanıt olarak iyileşemeyeceği düşünülmektedir (Wonderlich vd., 2012). Erken tanı iyileşme süreci için önemlidir ve iyileşmeye yönelik motivasyon da tedavi programı oluşturabilmek adına gereklidir (Geller, Cockell ve Drab, 2001). Hastalar tarafından dile getirilen en büyük engel ruh sağlığı hizmetlerine erişim ile ilgili damgalanma ve utanma duygusu ile yeme bozukluklarının “yaşam tarzı seçimi” olarak algılanmasına yöneliktir (Ali vd., 2017).

Tam iyileşme süreci oldukça zorludur ve tam takip gerektirmektedir. Bakland vd. (2019) hastaların sağlıklı beslenme düzenini sahiplenmeleri, özgüvenlerinin artırılması ve uygun fiziksel ile zihinsel tedavilerinin planlanması ile bulimiya nervozanın önlenilebileceğini savunmaktadır. Bulimiya nervoza için Bilişsel Davranışçı Terapi’nin el kitabı haline getirilmiş formu Fairburn ve meslektaşları tarafından geliştirilmiştir (Fairburn ve Cooper, 1989; Fairburn, Marcus ve Wilson, 1993). Bu kapsamda belirli görev ve ödevlendirmeler bilişsel davranışçı prosedür kullanılarak uygulanmaktadır. Tedavi hasta odaklı gerçekleşmekte ve yaklaşık beş ay süren 15-20 seansı içermektedir. Yemek yeme, şekil ve kilo ile bunların kontrolüne odaklanılmaktadır. Yeni BDT yaklaşımları mükemmeliyetçilik, düşük öz saygı, ruh haline tahammülsüzlük ve

kişilerarası zorluklara da tedavide yer vermektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Tedavi bulimiya nervoza ve bulimiya nervozanın sürdürülmesi hakkında psiko eğitim, gıda alımının kendi kendine izlenmesi, düzenli beslenmenin başlatılması, uyumsuz bilişleri ele alma ve kaçınma davranışlarını davranış deneyleri yoluyla azaltma ve iyileştirmeyi sürdürme stratejilerinden oluşmaktadır (Fairburn vd., 1993). Son zamanlarda BDT'ye alternatif olarak kişilerarası psikoterapi, diyalektik davranış terapisi, psikodinamik terapi ve farmakoterapiye de ilgi duyulmaktadır. Kişilerarası psikoterapi kişinin bireylerarası iletişim becerilerini ele almaktadır (Jacobs, Welch ve Wilfley, 2004). Bilişsel Davranışçı Terapi ve Kişilerarası Psikoterapi karşılaştırıldığında, Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Kişilerarası Psikoterapi'ye göre tedavinin ardından daha yüksek yoksunluk oranlarına neden olduğu, bir yıllık takibin sonucunda ise anlamlı farklılığın ortadan kalktığı görülmektedir (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson ve Kraemer, 2000). Psikanalitik Psikoterapinin hedefi, bulimik semptomları tetiklediği düşünülen bilinçdışı mekanizmalar arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Poulsen vd. (2014) tarafından yürütülen bir araştırmada Bilişsel Davranışçı Terapi ile karşılaştırıldığında Psikanalitik Psikoterapi'nin daha az etkili olduğu ve tedaviyi daha uzun sürede çözümlediği bulunmuştur. Diyalektik Davranış Terapisi ise bulimiya nervozanın aşırı yeme ve telafi etme davranışlarını ele almak üzere geliştirilmiştir (Safer, Telch ve Agras, 2001; Rozakou-Soumalia, Darvariu ve Sjögren, 2021). Müdahale yöntemleri arasında duygu regülasyonu, sıkıntı hissine tolerans, kendini sakinleştirme yöntemleri ve farkındalık yer almaktadır (Safer, Telch ve Chen, 2009). Bulimiya nervoza ile duygu durum bozuklukları arasındaki yüksek eş tanı göz önüne alındığında, antidepresan ilaçların tıknırcasına yeme ataklarını %50-70 oranında azaltabileceği düşünülmektedir (Hay vd., 2014). Bakımverenlerin çocuklar üzerindeki özerkliğini yeniden canlandırarak, bakımverenlerin çocuğa yardım etmesi, yeme kontrolünün bakımverenlere verilmesi, çocuğun gelişimine uygun bir aile yapısının oluşturulmasını içeren aile odaklı terapiler de bulunmaktadır (Grange, Crosby, Rathouz ve Leventhal, 2007). Recovery Record ve Noom Monitor gibi uygulamalar da kişilerin yiyecek ve içecek alımı, tıknırcasına yeme atakları, telafi edici davranışları vs. kaydedebilecekleri; orijinal kâğıt-kalem BDT tabanlı kendi kendini izleme kayıtlarının dijital sürümünü içermektedir (Hildebrandt vd., 2020; Tregarthen, Lock ve Darcy, 2015). Güncel bir yaklaşım olarak fiziksel egzersiz ve diyet terapisini birleştiren yeni bir tedavi (PED-t) de bulimiya nervoza tedavisinde kullanılmaktadır (Mathisen vd., 2017).

2.1.2 Anoreksiya Nervoz

1689 yılında Richard Morton tarafından ilk kez anoreksiya nervozaya kapsamlı bir şekilde tanımlanmıştır. İştah kaybı, gıda alımından kaçınma, zayıflama, regl döneminin kesilmesi gibi semptomlarla kendini gösterdiği ifade edilen anoreksiya nervozanın beyin ve sinirdeki bir hastalıktan kaynaklanabileceği iddia edilmiştir. Bugün anlaşıldığı haliyle anoreksiya nervozanın tanımı ise William Gull ve Charles Laségue'in 19. yüzyılın sonlarında hastalığın fiziksel ve davranışsal semptomlarına odaklanmaları ile ortaya çıkmıştır (Pearce, 2004). “Anoreksiya”, Latince kökenli bir terim olup iştahsızlık anlamını taşımaktadır fakat anoreksiya nervozaya yalnızca kendini aç bırakma eylemini içermediğinden hastalığın ismi kafa karıştırıcı olabilmektedir.

DSM-5'te anoreksiya nervozaya için üç tanı kriteri yer almaktadır. Kişinin günlük kalori alım miktarı önemli ölçüde yetersiz olmaktadır ve vücut ağırlığı yaş, cinsiyet, fiziksel sağlık durumu ile değerlendirildiğinde düşük kalmaktadır. Birey kilo almaktan ciddi derecede korkmakta ve ciddi derecede düşük kilolu olmasına ya da kilo kaybı yaşamasına rağmen kilo almaktan kaçınmasına destek olabilecek eylemlerde bulunmaya devam etmektedir. Ayrıca kişi düşük vücut ağırlığına aldırış etmeden, vücut şekli ya da ağırlığı hakkında çarpık düşüncelere sahip olmaktadır. Özellikle karın, kalça ve uyluk bölgeleri için endişe duymaktadır. Sıklıkla tartılma, aynaya bakma ve ölçüm yapma ile öz saygılarını bedenlerine ilişkin algıları üzerinden değerlendirme yaygındır (APA, 2013; Dünya Sağlık Örgütü, 1998). Bu belirtilerin etkisiyle anoreksiya nervozalı kişilerde osteoporoz veya osteopeni, kas erimesi ya da zayıflığı, kabızlık, anemi ya da düşük kan basıncı, düşük vücut ısısı, kuru ve sarımsı cilt, hayati organlarda hasar, kısırlık gibi tıbbi komplikasyonlar görülmektedir (Mitchell ve Crow, 2006).

Ruh Sağlığı Bozuklukları için Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın yayınlanan baskısında birçok ruh sağlığının tanı kriteri güncellenmiştir. Anoreksiya nervozaya için de düşük kilo kriteri “cinsiyet, yaş, fiziksel sağlık ve gelişimsel yörünge gözetildiğinde önemli ölçüde düşük vücut ağırlığı” olarak değiştirilmiş; amenore kriteri kaldırılmıştır (APA, 2013).

Anoreksiya nervozanın “kısıtlayıcı tip” ve “tıkınırcasına yeme/arınma” olmak üzere iki alt türü bulunmaktadır. Kısıtlayıcı tipte çok az yemek yenilmekte ve sıkı egzersiz programları ya da katı diyet uygulamaları ile karakterize edilmektedir. Bireyin son 3 ay içerisinde tıkınırcasına yeme, laksatif/diüretik kullanımı ya da kendini kusturma eyleminin olmaması gerekmektedir. Anoreksiya nervozanın tıkınırcasına yeme/arınma

alt tipi ile bulimiya nervozanın farkı ise, anoreksiya nervozalı kişilerin vücut ağırlığının kaydadeğer biçimde düşük olması ile alakalıdır (APA, 2013).

Genellikle önemli biyolojik ve psikolojik değişiklikler ile çok çeşitli sosyal etkilere maruz kalma ile öne çıkan ergenlik döneminde anoreksiya nervozanın başladığı görülmektedir (Woerwag-Mehta ve Treasure, 2008). Anoreksiya nervozanın başlangıcı 15-22 yaş aralığında seyrederken (Hsu, 1990), risk grubunun ise 15- 19 yaş aralığı olduğu görülmektedir (Smink vd., 2012). Genç kadınlar arasında yaygınlığı %0.9 iken, genç erkekler arasında %0.3'tür (CDC, 2008). Hastaların yaklaşık %92'sinin kadın olduğu bilinmektedir (Mitchell ve Peterson, 2020). Tüm psikiyatrik bozukluklar arasında tıbbi komplikasyonlar ve intihar sebebiyle en yüksek ölüm oranı anoreksiya nervozadadır (Papadopoulos, Ekborn, Brandt ve Ekselius, 2009). İntihar nedeniyle anoreksiya nervozadan yaşamını yitirme 18 kat fazladır (Keshaviah vd., 2014). Kurtulanların %50si yeniden intihara teşebbüs etmekte, %30'u iyileşmekte, %20'si ise kronik olarak hasta kalmaktadır (Anorexia & Bulimia Care, t.y.).

Aile ve ikiz çalışmaları, anoreksiya nervozada %48 ile %74 arasında genetik yatkınlığa vurgu yapmaktadır (Trace, Baker, Penas- Lledo ve Bulik, 2013). Gorwood, Kipman ve Foulon (2003) ile Martaskova, Slachtova, Kemlink, Zahorakova ve Papezova (2009)'nın yürüttükleri çalışmalarda -1438G/A polimorfizminin A alelinin kontrol grubuna göre anoreksiya nervozalı bireylerde önemli ölçüde yaygın olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca diyet kısıtlaması, yeme ve kilo ile ilgili kaygı/takıntı, beden memnuniyetsizliği ve kendi kendini kusturma gibi belirtilerin %32 ile %72 oranında genetik olduğu bulunmuştur (Rutherford, McGuffin, Katz ve Murray, 1993). Ayrıca eleştiri ve aşırı koruyuculuk da olumsuz aile etmenleri olarak görülmektedir (Polivy ve Herman, 2002). Anoreksiya nervozalı hastalar sosyal kabul için uğraş verse de hem hastalık sırasında hem de iyileştikten sonra sosyal izolasyon yaşamaktadır (Holliday, Uher, Landau, Collier ve Treasure, 2006). Sporcular, modeller ve bale sanatçılarında anoreksiya nervoza gelişme ihtimali yüksektir. Ayrılık, kayıp ya da çocuklukta olumsuz cinsel deneyim gibi tetikleyiciler, anoreksiya nervoza için risk faktörleri olarak görülmektedir (Woerwag-Mehta ve Treasure, 2008).

Ergen anoreksiya nervoza hastalarında en iyi bilinen ve en sık çalışılan aile temelli tedavi şekli Maudsley modelidir. 1980'lerde Londrada Maudsley Hastanesi'nde geliştirilen yöntem üç aşamada ilerlemektedir. Bakımverenler çocuklarını yeniden besleme konusunda iş birliği yapmaktadır. Kilonun geri kazanımı ebeveynin kontrolü altındadır. Ardından bakımverenler kademeli olarak kontrolü azaltarak yemek ve yeme

konusundaki sorumluluğu çocuklarına bırakmaktadır. Tedavi süreci sonuçlandıktan sonra da ergenin gelişimsel sorunlarına odaklanılmaktadır (Lock, Le Grande, Agras ve Dare, 2001). Araştırmalar anoreksiya nervozalı çocuk ile ergenler için aile temelli terapi modellerinin en etkili müdahale olduğunu belirtilmektedir (Couturier, Isserlin ve Lock, 2010). Hastaların %60'ı ve bakımverenlerin %80'i terapistlerden, Maudsley modelinden ve sonuçlardan memnun olduklarını bildirmektedir. Hastaların ufak bir kısmı ise daha fazla bireysel terapiye ihtiyaç duymaktadır (Krautter ve Lock, 2004). Fairburn vd. (2003) transdiagnostik teoriyi temel alan, anoreksiya nervoza hastaları için geliştirilmiş ve klinik mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı, kişilerarası zorluklar ve duygudurum intoleransını içeren bir BDT- E sürümünü oluşturmuştur. Bilişsel analitik terapi, bilişsel terapi ile psikodinamik psikoterapiyi birleştirmekte; hastanın hastalığı keşfetmesine ve hastalığın fonksiyonuna olan ihtiyacını anlamasına katkı sağlamaktadır (Treasure ve Ward, 1997). Kişilerarası psikoterapide iyilik hali ile işlevselliği hastaya yeniden kazandırmaya çalışan ve tıknırcasına yemenin söz konusu olduğu durumlarda tercih edilen bir destekleyici terapi yöntemi olarak görülmektedir (McIntosh, Bulik, McKenzie, Luty ve Jordan, 2000). Anoreksiya nervozada tıbbi izleme ve kilo takibi için planlanmış yeniden besleme programlarına ihtiyaç duyulduğundan yatılı tedavi gerekmektedir (Attia, 2010). Farmakolojik tedavinin etkisinin ise sınırlı olduğu bilinmektedir (Zhu ve Walsh, 2002).

2.1.3 Tıknırcasına Yeme Bozukluğu

Beden kitle endeksi (BMI) bakımından normal kilolu, aşırı kilolu ya da obez olarak nitelendirilen aralıkta yer alan bireylerden oluşmaktadır (APA, 2013). DSM-5'e göre tıknırcasına yeme bozukluğunda, kişi tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları yaşamakta ve yeme kontrolünü kaybetmektedir. Normalden önemli ölçüde daha hızlı yeme, tok hissederken dahi yeme, aç hissedilmemesine rağmen büyük miktarlarda yeme, yiyecek miktarından utanma hissinden dolayı tek başına tüketim, yeme davranışının ardından kendini iğrenmiş, depresif ya da suçlu hissetme kriterlerinden en az üç ya da daha fazlasının karşılanması gerekmektedir. Kişi yeme eylemi konusunda fark edilebilir bir sıkıntı yaşamakta, üç aylık süre zarfında haftada en az 1 kez tıknırcasına yeme deneyimi yaşamaktadır. Uygunsuz telafi edici davranışlar bulunmamakta ve yalnızca bulimiya nervoza ile anoreksiya nervoza dönemlerinde ortaya çıkmamaktadır.

Uluslararası verilerde kadınlarda %2.5 ile %4.5 ve erkeklerde %1 ile %3 arasında yaygınlık oranı gözükmemektedir (National Eating Disorders Collaboration, 2010). Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozaya göre tıkinırcasına yeme bozukluğunun yüksek yaygınlığı ve klinik önemi göz önüne alındığında önemli bir halk sağlığı problemi olduğu kaçınılmaz bir gerçektir (Kessler vd., 2013). Tıkinırcasına yeme bozukluğu en yüksek başlangıç yaşına sahip olan yeme bozukluğu olmakla birlikte ABD merkezli Ulusal Komorbidite Araştırması replikasyonundan elde edilen datalar ortalama başlangıç yaşının 25.4; yeme ataklarının başlangıç yaşının ise 22.4 olduğunu göstermektedir (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007; Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley ve Fairburn, 2001). Ayrıca tıkinırcasına yeme bozukluğu, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozada görülen çarpık cinsiyet dağılımından farklı bir seyir göstermektedir. Hudson vd. (2007) tarafından yürütülen çalışmada, tıkinırcasına yeme bozukluğunun kadınların %3.5'unu, erkeklerin ise %2'sini etkilediği görülmüştür. Tıkinırcasına yeme bozukluğu olan erkeklerin aşırı kilolu olmakla ilgili daha fazla sorun yaşadıkları; kadınlara göre daha yüksek beden kitle endeksine sahip oldukları ve obez olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Barry, Grilo ve Masheb, 2002). Tıkinırcasına yeme bozukluğu olan aşırı kilolu kişilerin, tıkinırcasına yeme bozukluğu olmayan aşırı kilolu kişilerden farkı; kiloda hızlı değişiklikler yaşanması, obezite ve diyet yapma davranışının erken yaşlarda başlaması, yiyecek ve kilo alımı ile fazla meşguliyet ve beden memnuniyetsizliğidir (Ricca vd., 2000; Safer vd., 2009).

Allison ve Timmerman (2005) tarafından 48 kadın katılımcı ile gerçekleşen bir çalışmada, katılımcıların iki hafta boyunca tuttıkları yemek günlükleri incelenmiş ve tıkinırcasına yeme eğilimleri ölçülmüştür. Tıkinmanın en çok akşam yemeği saatleri ve öğle yemeği saatlerinden sonra gerçekleştiği; sıklıkla Cuma, Cumartesi ve Pazar günlerinin tercih edildiği; tıkinmanın yaklaşık yarısının evde diğer yarısının ise restoranlarda gerçekleştiği bulunmuştur. Aşırı yeme sırasında tercih edilen gıda ürünleri yüksek yağlı etler, tatlılar, tuzlu atıştırmalıklar, ekmek, makarna ve pizza olmuştur (Allison ve Timmerman, 2005).

Tıkinırcasına yeme bozukluğuna yönelik psikolojik tedavi araştırmaları temel olarak bilişsel davranışçı terapi, geliştirilmiş BDT- BDT-E; BDT rehberliğinde kendi kendine yardım- (BDTgsh); kişilerarası psikoterapi, grup psikodinamik kişilerarası psikoterapi ve diyalektik davranışçı terapiye odaklanmıştır (Iacovino, Gredysa, Altman ve Wilfley, 2012). Farmakolojik tedaviler de mevcut olup yeterince araştırılmamıştır. Gastrik bypass ameliyatı geçiren bireylerin tıkinırcasına yeme bozukluğu kriterlerinin

%30'unu karşılamalarından dolayı tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez bireyler oldukları düşünülmektedir (Saunders, 1999). Birleşik Krallık'taki Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü ve Amerikan Psikiyatri Birliği kılavuzları Bilişsel Davranışçı Terapi'nin hâlâ en çok tercih edilen psikolojik tedavi yöntemi olduğunu; Kişilerarası Psikoterapi ve Diyalektik Davranışçı Terapi'nin ikinci basamak yöntemler olarak tercih edildiklerini vurgulamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2006; NICE, 2004).

2.1.4 Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

Başlıca yeme bozukluklarına ait spesifik tanı kriterlerini karşılamamasına rağmen klinik olarak anlamlı yeme bozukluğu davranışı ve bilişleri sergilenmesini içermektedir (APA, 2013). Hastaların çoğunluğunun anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza tanısı alan hastalarla benzer düzeyde psikopatolojileri bulunmaktadır (Thomas, Vartanian ve Brownell, 2009; Turner ve Bryant-Waugh, 2004). Yeme bozuklukları servisine yapılan başvuruların %50-67'sini temsil etmesi bakımından en sık görülen yeme bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır (Button, Benson, Nollett ve Palmer, 2005).

Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu için yaygınlık belirlemek zordur ancak yapılan çalışmalar prevalansının %2 ile %5 arasında olduğunu belirtmektedir (Fairburn ve Bohn, 2005; Hay, Mond, Buttner ve Darby, 2008; Machado, Machado ve Gonçalves, 2007; Smink vd., 2012). Amerika'da yürütülen bir çalışmada da başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğunun ergenlerde %4.78, yetişkinlerde ise %4.64 oranında görüldüğünü tespit edilmiştir (Le Grange, Swanson, Crow ve Merikangas, 2012). Avusturalya'da yürütülen başka bir çalışmada ise başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğunun yaygınlığı %4.2 olarak bulunmuştur (Hay vd., 2008).

Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğunun DSM-5'e göre beş tip kriteri sağlaması gerekmektedir:

- *Anoreksiya nervoza kriterlerinin tamamının karşılandığı ancak kilo kaybı olmasına rağmen normal ya da normalin üzerinde kiloya sahip olan birinci tiptir.*
- *Bulimiya nervoza kriterlerinin tamamının karşılandığı ancak aşırı yeme ve olumsuz telafi edici davranışların haftada bir kereden ve/veya üç aydan daha az ortaya çıktığı ikinci tiptir.*
- *Tıknırcasına yeme bozukluğu kriterlerinin karşılandığı ancak aşırı yemenin haftada bir defadan ve/veya üç aydan daha az meydana geldiği üçüncü tiptir.*

Aşırı yemek yemeden kilo veya şekli etkilemek için kendi kendine kusma, müshil, diüretik veya ilaçları kötüye kullanma gibi sık sık temizleme davranışlarına girilen purging (çıkarma) bozukluğu dördüncü tiptir.

- *Geceleri tekrarlayan yeme ataklarını içeren ve yemekten sonra/gece boyunca yiyecek tüketimine sebep olan ve “Gece Yeme Sendromu” olarak isimlendirilen beşinci tiptir. Bu durum olumsuz yeme alışkanlıkları, tıbbi bozukluklar, psikolojik bozukluklar ya da ilaçların yan etkileriyle açıklanamamalıdır (APA, 2013).*

Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu için özel bir tedavi çalışması yapılmadığından tedaviye yanıt bilinmemektedir (Fairburn ve Bohn, 2005). Farklı yeme bozukluklarına ait özellikleri barındırması nedeniyle Wilson (2005) transdiagnostik bir tedavi yaklaşımının faydalı olabileceğini belirtmektedir (Fairburn vd., 2009).

2.2 YEME FARKINDALIĞI

Bireyin içinde bulunduğu ortama dair duyarlı ve alakalı olma hali “bilinçli farkındalık” olarak tanımlanmaktadır (Langer, 1992). Bishop vd. (2004) kişinin açık ve yargısız bir biçimde anlık tecrübelerini gözlemlemesinin bilinçli farkındalık ile gerçekleşebileceğini belirtmektedir. Bireyin tüm odağını ana ve var olan deneyime vermesi olarak ifade edilen farkındalık (Marlatt ve Kristeller, 1999), yalnızca kişinin odağını değil duygu, düşünce ve davranışlarını fark edebilmesini, zihninin dağıldığını gözlemleyebilmesini ve yeniden ana dönebilmesini de içermektedir (Baer ve Krietemeyer, 2006). Farkındalığın asıl amacı, “otomatik pilot” halini veya şimdiki andan habersiz olunan zamanları azaltmaktır (Grossman, Niemann, Schmidt ve Walach, 2004).

Albers (2008), bireyin yeme esnasında içinde bulunduğu anın bilincinde olması; fiziksel, emosyonel ve duyuşal hislere dikkatini vermesini bilinçli yeme olarak kavramsallaştırmaktadır. Bilinçli yeme, tüketilen gıdaya, gıdanın görünüşüne, rengine, kokusuna, tadına, dokusuna vs. parmak basmaktır. Global bir tanımlı olmayan farkındalıklı yeme, bilinçli gıda tercihlerinde bulunma; fiziksel ve ruhsal açlık/tokluk belirtilerinin farkına varabilme (Dalen vd., 2010) ve bu belirtilere cevap olarak sağlıklı bir biçimde yeme alışkanlığından oluşmaktadır (Miller, Kristeller, Headings ve Nagaraja, 2014). Şimdiki an deneyimi, temelde “gözlemlemek” anlamını taşımakta ve belirli bir sonuca ulaşma amacı taşımamaktadır (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer ve Toney, 2006). Besin tüketimini farkındalıkla gerçekleştiren kimseler, yemek yerken dikkatlerini

duyusal modalitelere yönlendirilebilmekte, yemeğin başlama ile bitmesini belirleyen bulguları tanıyabilmekte ve bilinçsiz yemenin sebep ve neticelerinin farkına varabilmektedir (Fletcher, 2010). Organoleptik farkındalık, tüketilen gıdanın duyular üzerindeki etkisinin bilincinde olma ve ona değer biçme, duygusal hassasiyet; tüketimin içsel durumları nasıl etkilediğinin bilincinde olma ve dikkat dağınıklığı olarak da açıklanmaktadır (Framson vd., 2009). Nitelik yönünden zengin gıda tüketimini, niceliksel olarak değerlendirmeden çok tüketimden gelen keyfi hissetmeyi ve gıdanın ödüllendirici değerini ortadan kaldırmayı hedeflemektedir (Stice, Spoor, Ng ve Zald, 2009).

Kimi zaman sezgisel yeme farkındalıklı yeme yerine kullanılan benzer ve tamamlayıcı bir terim olarak karşımıza çıkmaktadır. 1995 yılında ilk kez kavramsallaştırılan sezgisel yeme (Mathieu, 2009), içsel odaklı yemeye odaklanmakta ancak meditasyon içermemektedir (Anderson, Schaumberg, Anderson ve Reilly, 2015). Kilo verme odağı olmadan kilo kabulüne teşvik etmektedir (Bacon vd., 2005). Farkındalıklı yeme ise kişinin ne yediği ile değil, kişinin psikolojik açlık ve tokluk belirtilerine dayalı olarak yeme hızı ve düzenini içermektedir (Tylka, 2006). Geleneksel bilinçli meditasyona dayanan farkındalıklı yeme, spiritüel inançlardan ve Budist uygulamalardan psikolojik bir kavram olarak ayrışmaktadır (Kabat-Zinn, 1982).

Bilinçli farkındalık ve bilinçli farkındalığın faydalarına yönelik artan bir ilgi gündemde yer almaktadır (Greeson vd., 2009; Grossman vd., 2004; Zimmermann, Burrell ve Jordan, 2018). Farkındalıklı yeme programları, kişinin fizyolojik/çevresel/emosyonel açlık belirleyicilerine karşı bilinçlerinin arttırılması (Polivy ve Herman, 1999; Wansink, Painter ve North, 2005); gıda alımının düzenlenmesinde tat doygunluğunun görevi (Guinard ve Brun, 1998); mide doygunluğunun farkına varmaya (Geliebter ve Hashim, 2001; Herbert vd., 2013) odaklanmaktadır. Yeme bozukluklarını tedavi etmek için farkındalıkla birleştirilmiş çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlar arasında tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimiya nervozayı tedavi etmek için Diyalektik Davranış Terapisi (Linehan, 1993) ve Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Segal, Williams ve Teasdale, 2002); anoreksiya nervozayı tedavi etmek için Kabul ve Kararlılık Terapisi yer almaktadır. Anoreksiya nervoza (Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999) ve tıknırcasına yeme bozukluğunu tedavi etmek için Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi (Kristeller ve Hallett, 1999) de tercih edilmektedir. Bu bilinç temelli müdahaleler aracılığı ile kişiler eğitilerek yeme patolojisine etkin bir şekilde yanıt vermeleri sağlanmaktadır (Prowse, Bore ve Dyer, 2013). Ayrıca bilinçli yeme konusunda geliştirilen resmi meditasyon uygulamaları, rehberli bilinçli yeme alıştırmaları, kişinin

işsel deneyimi ve çevresel bağlamı ile öz-şefkatini geliştirmeye odaklanan çeşitli alternatifler yer almaktadır.

Biyopsikososyal bir eylem olan yeme yetkinliği (Satter, 2007), hoşnut edici miktarda yemeyi, işsel açlık ile tokluk belirtilerini anlamayı, yeni deneyimlere açık olmayı, yemeği planlama ve hazırlama becerisini kapsamaktadır (Clifford, Keeler, Gray, Steingrube ve Neyman, 2010). Farkındalıklı yeme çalışmaları genellikle kişilerin farklı yeme durumlarına yerleştirilmeleri ve tükettikleri yiyecek miktarının ölçülmesini kapsamaktadır. Porsiyon büyüklüğünün boyutu, yenilen yiyecek miktarının bilincinde olup olunmadığı ve yenilen miktarı etkileyen bileşenler ile ilgili sorular sorularak kişilerin takibi yapılmaktadır (Ueland, Cardello, Merrill ve Leshner, 2009; Wansink vd., 2005; Wansink ve Park, 2001). Ayrıca doyum için uygun porsiyon boyutlarına hâkim olup olmadıkları ve yeterli porsiyon boyutundan tefrik edip edemedikleri değerlendirilmektedir (Leone, Pliner ve Herman, 2007; Vartanian vd., 2008).

Kendi kendini düzenleyen biyo-davranışsal süreçler arasında yemek yeme hem esnek hem de aşırı yeme/hiç yememe uçlarına rahatlıkla çekilebilecek bir süreçtir. Modern çağdan önce yeme eylemi ziyafet/kutlama, sosyal olaylara işaret etme ya da bolluğu yansıtmak amacıyla kullanılmaktaydı. Refahın bir sembolü olarak görülen obezite klasik sanatta istenilen bir durum olarak betimlenmekte, Buda'nın dini heykelleri morbid obez olarak tasvir edilmekteydi. Kilo geçmişte hayatta kalabilmeye yönelik faydalar sağlarken (King, 2013), günümüzde ucuz ama lezzetli, düşük standartlı gıdaların kontrolsüzce tüketilmesi ile ilişkilenebilmektedir (Adam ve Epel, 2007; Garber ve Lustig, 2011). Gıda meşguliyeti (Taylor, Daiss ve Krietsch, 2015), duygusal ya da dışsal yeme (Grider, Douglas ve Raynor, 2021; Kerin, Webb ve Zimmer-Gembeck, 2019) ve grazing'in (otlama) (Hussain vd., 2023; Mantzios, Egan, Bahia, Hussain ve Keyte, 2018; Mantzios vd., 2024) azalması da bilinçli yeme ile ilişkili gözükmektedir.

Alberts, Thewissen ve Raes (2012) 26 kadın katılımcı ile problemli yeme davranışlarına yönelik farkındalık temelli bir müdahale programı üzerine çalışmıştır. Rastgele tedavi ya da kontrol grubuna atanan katılımcılar sekiz haftalık bilişsel bir eğitime tabi tutulmuştur. Bilinçli yeme, fiziksel duyuların farkındalığı, gıda tüketimi ile ilgili biliş ve duygulanımın farkındalığı, duygu ve düşünceler ile beden kabulü, günlük gıda alımı ve fiziksel aktivitenin kontrolü, farkındalığı ve değiştirilmesi basamaklarından oluşan programda tedavi grubunun kontrol grubuna göre yeme isteği, beden imaj kaygısı ve duygusal yeme ipuçlarında gözle görülür biçimde azalma fark edilmiştir (Alberts ve Raes, 2012). Kearney vd. (2012) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise farkındalık

temelli stres azaltma programı ile duygusal/kontROLSÜZ yeme ve tüketilen gıda türü/miktarı arasındaki ilişki incelenmiştir. 48 katılımcıdan oluşan çalışmada dört ay sonra katılımcıların duygusal/kontROLSÜZ gıda alımları konusunda önemli bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Yalnızca katılımcıların farkındalık düzeylerinin arttığı ve depresif belirtilerinin azaldığı fark edilmiştir.

2.2.1 Farkındalık Yeme Öğeleri

2.2.1.1 Yeme Hızı

Andrade, Greene ve Melanson (2008) tarafından sağlıklı premenopozal kadınlar ile yürütülen bir çapraz tasarım araştırmasında katılımcılardan makarna test yemeğini hızlı ya da yavaş tüketmeleri istenmiştir. Katılımcılardan büyük bir kaşık ile süratle yemeleri, ardından küçük bir kaşıkla ağır ağır yemek yemeleri talep edilmiştir. Hızlı yeme hızına göre 21 dakika daha uzun süren yavaş yeme seansında, katılımcıların kalori bakımından da daha düşük düzeyde alım yaptığı görülmüştür. Daha uzun yemek yeme süresi, beynin yemek bitmeden doyunluğun farkına varması ve lokmalar arasında duraklama ile su tüketimine olanak sağlanmasının enerji tüketimini azalttığı iddia edilmiştir. Yeme hızının düşürülmesi, enerji alımının azalması nedeniyle beyinde tokluk sinyallerinin kaydedilmesine zaman sağladığından bilinçli yeme sürecine yardımcı olmaktadır (Stuart ve Davis, 1972; Cummings ve Overduin, 2007). Robinson vd. (2014) tarafından yürütülen bir başka çalışmada da daha yavaş yeme hızına sahip bireylerin tüketiminde gözle görülür bir şekilde azalmalar fark edilmiştir.

2.2.1.2 Açlık ve Tokluk Farkındalığı

Gıda alımına fizyolojik olarak hazır olma, yemek tüketimine dair arzu ve belirli gıdalara karşı istek açlık olarak tanımlanmaktadır (Tetley, Brunstrom ve Griffiths, 2010). Mide şişkinliği ve çeşitli bağırsak hormonları vasıtasıyla ise yemeğin sonlandırılması belirlenmektedir (Cummings ve Overduin, 2007; De Graff, Blom, Smeets, Stafleu ve Hendriks, 2004). İçsel, dışsal ya da duygusal açlık ile tokluk ipuçlarını değerlendirmek farkındalık yeme için önem taşımaktadır. Duyguları kontrol etme ve bu duygulara bir yanıt olarak yemek yemeyi kullanmama becerisi, yalnızca kilo korumada değil, aynı zamanda dikkatli yemek yemede de önemlidir. Pozitif ya da negatif duygusal ipuçlarına cevap olarak yemek yeme, aşırı enerji alımı (Konttinen, Männistö, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen ve Haukkala, 2010; Laitinen, Ek ve Sovio, 2002) ve kilo artışına

(Timmerman ve Acton, 2001; Wallis ve Hetherington, 2009) neden olabilmektedir. Lowe ve Fisher (1983) obezitenin “duygusal reaktivite” ile ilişkili olduğunu ve obez kimselerin diğer bireylere göre daha sık duygusal yeme davranışına yöneldiğini belirtmiştir.

2.2.1.3 Porsiyon Boyutları

1970’lerden günümüze artan porsiyon boyutları aşırı kilo alımına ve obezite yaygınlığında artışa neden olmaktadır (Flegal, Carroll, Kit ve Ogden, 2012; Young ve Nestle, 2003). Wansink vd. (2005) tarafından yürütülen, 18 ile 49 yaş arasında 54 katılımcıdan oluşan bir çalışmada kendi kendini dolduran kaselerde çorba servis edilen katılımcılar, geleneksel kaselerde çorba servis edilen katılımcılara göre %73 daha fazla çorba tüketmelerine rağmen bu duruma inanmamışlardır. Üstelik gerçekte tükettiklerinden 140,5 kalori daha az yediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların doygunluk hissini anlayabilmek için kâsenin boyutundan faydalanılan çalışmada, görsel ipuçları ve yeme konusundaki zayıf farkındalık vurgulanmaktadır. Farkındalıklı yiyen kişilerin, atıştırmalık yiyecekleri tüketirken dâhi uygun porsiyon boyutlarını bilme ve doyduklarını daha iyi anlama ihtimalleri daha yüksektir (Beshara, Hutchinson ve Wilson, 2013).

2.2.1.4 Dikkat Dağıtan Öğeler

Yeme esnasında dikkati dağıtacak unsurların varlığı, “tat algısı” ve “doygunluk” gibi içsel duyuşsal belirtileri değerlendirme kapasitesini azaltmakta ve aşırı yemeye sebep olmaktadır (Van der Wal ve van Dillen, 2013; Wallis ve Hetherington, 2004). Araştırmalar özellikle yemek yerken televizyon izlemenin yüksek yağlı gıdaların tüketimine neden olduğunu, öğün sıklığını ve kalori alımını arttırdığını belirtmektedir (Blass vd., 2006; Gore, Foster, DiLillo, Kirk ve Smith, 2003; Hetherington, Anderson, Nortin ve Newson, 2006; Stroebele de Castro, 2004). Arkadaşlarla yemek yemenin de odağın yemekten konuşmaya kayması sebebiyle gıda tüketimini arttırdığı Vartanian vd. (2008) tarafından yapılan araştırma ile doğrulanmıştır.

2.2.1.5 Tüketilen Gıdanın Keyfini Çıkarmak

Bireylerin görme, işitme, tatma, koklama, hissetme duyularını kullanması, hoş giden gıdaları seçmesinin anahtarıdır (Mathieu, 2009). Plastik tepsi, ev tarzı ya da gurme masa düzeni ile sınıf, ev tarzı yemek odası ya da restoran mekanlarından birinde yemeğin servis edildiği çalışmada, katılımcılar gurme masa düzeni ve restoranda sunulan

yemeğin görünümü ile tadını diğer tüm masa düzenleri/mekanlara göre daha fazla tercih etmiştir (García-Segovia, Harrington ve Seo, 2015). Farkındalıklı yeme pratiği için çiğneme sayısını arttırmak, küçük ısırmalar almak, ısırmalar arasında duraklamak ya da su tüketmek gibi uygulamalar da bu kategoride yer almaktadır (Zhu ve Hollis, 2014).

2.3 DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİ

Fizyolojik göstergelerdeki değişimler (kalp atış hızı, kan basıncı, deri iletkenliği vs.) ile pozitif ya da negatif duygulanımla neticelenen zihinsel anlam yükleme, psikolojik bakış açısıyla duyguları tanımlamaktadır. Duygular, “insan ilişkilerinin ilkel para birimi” olarak betimlenmektedir (Dolan, 2002). Temel duyguların net ve evrensel sözlü/sözsüz işaretleri olduğu gibi duygulara yüz ifadesindeki değişiklikler de eşlik etmektedir (Weisfeld ve Goetz, 2013; Ekman, 2016). Kişisel ihtiyaçları haberdar eden, kişinin davranışlarını çevreye uyumlayan ve amaçları koruyan teşvik edici davranışlara yol açan duygular (Ekman, 1992), niyetler ve temenniler hakkında da bilgi vericidir (Fridlund, 1994). Üzerinde uzlaşmış net bir tanımı olmasa da (Gratz ve Roemer, 2004) duyguların gidişatını tanımlamak, başlatmak ve değiştirmek için kullanılan yöntemler ise duygu düzenleme olarak açıklanmaktadır (Gross, 1998; Gross, 2002; Gross ve Thompson, 2007). Kimi araştırmacılar duyguları ifade ve modüle etme yeteneğini vurgulayan duygusal kontrol ifadesini duygu düzenleme ile eş anlamlı olarak kullanırken (Zeman ve Garber, 1996); duyguları tanımlama, etiketleme ve ayrıştırma yeteneği olarak da ifade edilmektedir (Gross ve Muñoz, 1995; Paivio ve Greenberg, 1998).

Gratz ve Roemer (2004), duygu düzenlemeyi duyguların bilinci ve anlaşılması, kabulü, amaca yönelik eylemlerde bulunma, olumsuz duygular deneyimlenirken dürtüsel hareketlerden kaçınma ve duygu düzenleme yöntemlerine erişim yeteneği gibi farklı boyutları içeren kompleks bir süreç olarak görmektedir. En genel ifade ile duygu düzenleme, ruh hali, stres ve olumlu/olumsuz duygulardan oluşan tüm duygu yüklü durumların kontrolünü ifade etmektedir (Koole, 2010). Sloan ve Kring (2007) ise kişilerin kendilerini nasıl hissettiklerini kontrol edebilmek amacıyla duygularını yönetmeye yönelik gösterdikleri çabayı duygu düzenleme olarak nitelendirmektedir. Alanda yapılan ilk kavramsallaştırmaların özellikle olumsuz ifadeyi kontrol edebilme ve duygulardan kaynaklanan uyarımları indirgeme becerisine odaklandığı görülmektedir (Garner ve Spears, 2000; Zeman ve Garber, 1996). Daha sonraki yaklaşımlarda ise amacın en aza indirmekten ziyade duyguyu izleme, değerlendirme, esnek duygu düzenleme

yöntemlerini kullanarak kendini regüle edebilme, dürtüsel hareketlerden kaçınabilme yetisi olduğu ortaya çıkmıştır (Linehan, 1993; Thompson, 1994; Thompson ve Calkins, 1996). Dodge ve Garber (1991)'e göre, genetik ve çevresel faktörlerin etkisi ile çocuklar duygu düzenlemeye dair sosyal belirtileri algılamakta ve davranışlarını bu doğrultuda şekillendirmektedir. Duyguların sosyal temeline vurgu yapan Parrott (2001) da kişiler olumlu duygularını ortaya koymada açık davranırken olumsuz duygularını gizleme eğiliminde olduğunu vurgulamaktadır.

Aleksitimi, duyguları tanıma ile tanımlamada güçlükler ve içsel duygusal durumlara karşı dikkatsizliği içeren dış odaklı bir düşünme biçimi olarak karakterize edilmektedir (Preece, Becerra, Allan, Robinson ve Dandy, 2017; Preece vd., 2020). Birçok kurumsal model, yeme bozukluğu olan kişilerin duyguları kabul edilemez bulabileceği ve yeme bozukluğu belirtilerini duygulardan kaçma ya da başa çıkma aracı olarak kullanabileceği üzerinde durmaktadır (Nowakowski, McFarlane ve Cassin, 2013). Duygu düzenleme becerileri üzerinde aleksitiminin bozucu etkisi psikopatolojilerin gelişimi için risk faktörü olarak gözükmemektedir. Yeme bozukluğu belirtileri yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlükleri ve aleksitimi ile ilişkilendirilmektedir (Muir, Preece ve Becerra, 2024).

Gross (2015), kişinin kendi duygularını düzenlemesini içsel duygu düzenleme olarak tanımlamakta ve öz düzenlemeyi örnek olarak göstermektedir. Dışsal duygu düzenleme ise başka bir kişinin desteğini almayı içermektedir ve birlikte düzenleme örnek olarak verilebilmektedir. Öncül ve sonuç odaklı yöntemler ise kişi tarafından ne zaman tercih edildiğine bağlı olarak kullanılan duygu düzenleme teknikleridir. Emosyonel tepkiler uyarılmadan ve davranışlar/fizyolojik reaksiyonlar değiştirilmeden önce öncül odaklı teknikler kullanılırken; duygular işin içine girdiğinde ve eylemler ile fizyolojik reaksiyonlar ortaya çıktıktan sonra sonuç odaklı tekniklere rastlanılmaktadır (Gross, 2001).

Gross (1998), bireyin istenmeyen birinden kaçması/uzaklaşması gibi bir hareketi yaratan durum seçimi; duygulanımı değiştirmek için durumu değiştirmeyi vurgulayan durum değişimi; duyguyu değiştirmek için bireyin olayla ilgili yorumunu değiştirmesini ifade eden bilişsel değişimi; dikkati dağıtma gibi yöntemlerle odağı değiştirmeye odaklanan dikkat dağıtma; rahatlama teknikleri, fiziksel egzersizler ve dışavurumcu bastırma gibi duygusal tepkinin fiziksel, deneyimsel ve davranışsal alanlarını etkilemeyi ifade eden tepki modülasyonu gibi beş duygu düzenleme stratejisinden bahsetmektedir. Tepki öncesi stratejileri durum seçimi, durum değiştirme, dikkati dağıtma ve yeniden

değerlendirme; tepki sonrası stratejileri ise bastırma oluşturmaktadır (Gross, 1998; Gross ve Thomson, 2007). Augustine ve Hemenover (2009)'ın yürüttüğü 34 meta analiz çalışmasında daha büyük etki büyüklüğüne sahip olmaları nedeniyle yeniden değerlendirme ve dikkat dağıtma stratejilerinin en etkili duygu düzenleme yöntemleri olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte davranışsal yöntemlerin bilişsel yöntemlere göre daha efektif olduğu gözlenmiştir. Allen ve Windsor (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise yaşlı yetişkinlerin genç yetişkinlere göre durumsal seçim ve dikkat dağıtma yöntemlerine daha sık başvurdukları tespit edilmiştir.

Duyguların gıda alımı üzerinde etkisi olduğunu belirten Macht (2008) beş yoldan oluşan bir model sunmuştur. Tüketilen gıdanın uyandırdığı duyguların gıda seçimini etkilemesi; yüksek uyarılmanın gıda alımını baskılaması, negatif ve pozitif duyguların disinhibisyon yoluyla kısıtlı miktarda gıda alanların gıda alımını arttırması; duygusal yemeye sahip bireylerin lezzetli gıdalar vasıtasıyla negatif ruh hallerini düzenlemeye çalışmaları; normal yiyen emosyonel durumun bilişsel ve motivasyonel özelliklerle örtüşmesi şeklindedir (Macht, 2008).

Yeme bozukluğu olan bireylerin adaptif duygu düzenleme stratejileri yerine maladaptif stratejileri daha sık kullandıkları gözlenmiştir. Örneğin, egzersiz uygun bir seçim tepkisi olarak kabul edilirken; tüm gün yatakta vakit geçirmek uyumsuz bir seçim tepkisi olarak algılanmaktadır. Ya da bireyin hızla çarpan kalbini anksiyetesinin bir belirtisi olarak düşünmesi adaptif bir yeniden değerlendirme stratejisi iken; kalp krizi belirtisi olarak algılaması uyumsuz bir yeniden değerlendirme stratejisidir. Benzer bir şekilde derin nefes alma uyarlanabilir bir tepki modülasyonu iken, duygusal bastırma uyumsuz bir modülasyon tepkisidir. Duygu düzenleme stratejilerinin adaptif/maladaptif olduğu incelenirken, bağlamın yanında kişinin yaşamı üzerindeki işlevselliğinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Rowell, 2019).

Gratz ve Roemer (2004) yeme tutumu bozukluğunun ezici ya da işlevsiz duygusal durumların tecrübelerini düzenlemeye yönelik bir girişim olarak görmektedir. Alanyazında yeme bozukluğu olan bireylerin negatif duygusal durumlarla baş edebilme becerilerinden yoksun olduklarını ve uyumsuz telafi edici yöntemlere sığındıklarını belirtmektedir (Leon Fulkerson, Perry, Keel ve Klump, 1999; Smyth vd., 2007). 381 üniversite öğrencisi ile gerçekleşen bir çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu, kişilerin duygularına ilişkin farkındalık ile kavrayış eksikliği ve hedefe yönelik davranışlarda bulunma zorluğu ile ilişkilendirilmiştir (Han ve Pistole, 2014). Kısıtlayıcı yeme tutum ve davranışlarının ise olumsuz duyguları deneyimlemekten ve ifade etmekten kaçınma

amacı güttüğü görülmüştür (Bydlowski vd., 2005; Harrison, Sullivan, Tchanturia ve Treasure, 2009; Wildes ve Marcus, 2011).

Herhangi bir yeme tutum ve bozukluğuna sahip olmayan bireyler ile yeme tutum ve bozukluğu olan bireyler karşılaştırıldığında, yeme tutum ve bozukluğu olan bireylerin duygu düzenleme becerilerinde eksiklikler ön plana çıkmaktadır (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery ve Jeczmiën, 2006). Yeme tutumu bozukluğunun yaygın bir sürdürücü faktörünün duygu düzenleme güçlüğü olduğu ve tedavi esnasında önemli bir engel oluşturduğu Brockmeyer vd. (2012) tarafından da vurgulanmaktadır. Anoreksiya nervoza hastalarının söylemlerine göre, anoreksik davranışlar duygusal sorunlardan uzaklaşmalarına ve yaşamları üzerinde kontrol hissinin oluşmasına yardımcı olmaktadır. Kimi hastalarda da yeme ve beden farkındalığı, kişinin kendisinden tiksinişine ve boşaltma arzusuna sebebiyet vermektedir (Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud ve Holte, 2012). Wildes, Marcus, Bright ve Dapelo, (2012) tarafından yürütülen deneysel bir çalışmada olumsuz ruh halini tetiklemenin yeme bozukluğu davranışını ve gıda tüketimini kısıtlama isteğini arttırdığı gözlenmiştir. Bruch (1973) eksik emosyonel işlemenin yeme bozukluğu patolojisinin sürdürülmesinde etkin olduğunu; düzensiz beslenme, açlık/tokluk hisleri arasında ayırım yapabilme ve fiziksel hisleri duygulardan ayırt edebilme yeteneği olarak tanımladığı, interoseptik farkındalık eksikliğinin de yeme bozukluğuna neden olabileceğini söylemiştir. Anoreksiya nervoza hastaları ile yapılan boylamsal bir çalışmada da yeme bozukluğu semptomunu tetikleyen duyguları düzenlemede güçlük ile duygu düzenlemenin devam ettirici etkisi üzerinde durulmuştur (Racine ve Wildes, 2015). Van Strien, Engels, Leeuwe ve Snoek (2005) ise yeme bozukluğu olan bireylerin, aslında duyguları bilinçli olarak işleme konusunda yetersiz olduklarını vurgulamaktadır. Özellikle bulimiya nervozalı hastaların olumsuz duygulanım ve aşırı yeme arasındaki ilişkilerine düşük duygusal farkındalığın aracılık ettiğini belirtmektedir.

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza hastalarının sağlıklı kontrollerden farklı olarak benzer duygu düzenleme stratejilerine sahip oldukları belirtilmektedir (Brockmeyer vd., 2014; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier ve Ehring, 2012). Bir diğer görüş ise anoreksiya nervoza tanılı hastaların birincil duygulanımdan kaçındıkları, bulimiya nervoza tanılı hastaların ise sıklıkla ikincil kaçınmayı deneyimledikleri şeklindedir (Luck, Waller, Meyer, Ussher ve Lacey, 2005).

2.4 ARAŞTIRMANIN AMACI VE SORULARI

Ulusal alanyazında yeme bozuklukları alanında yapılan/erişilebilen araştırmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Özellikle yeni bir kavram olan yeme farkındalığına ilişkin çalışmalar yok denecek kadar azdır. Araştırmanın amacı katılımcıların duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalıkları ile yeme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Yeme bozukluklarının başlangıcı, sürdürülmesi ve tedavisi ile ilişkili faktörleri tanımlamak, önleme ve müdahale adımlarını güçlendirmek için bu tez çalışmasının alandaki boşluğu giderebileceği düşünülmektedir. Ayrıca alanyazında duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalığı değişkenlerinin yeme bozuklukları ile ilişkisini ve yordama gücünü değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olması bir sınırlılık olarak görülmüş ve tez kapsamında ele alınmıştır.

2.5 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- H1: Duygu düzenleme becerileri ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H2: Yeme farkındalığı ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H3: Duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalığı, yeme bozukluklarını yordamaktadır.
- H4: Sosyo-demografik değişkenler bakımından katılımcıların yeme bozuklukları anlamlı farklılıklar göstermektedir.

3 YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMA MODELİ

18-60 yaş arası katılımcıların duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalıklarının, yeme bozuklukları ile ilişkisini inceleyen bu çalışmada ilişkisel ve betimsel tarama modeli ile çalışılmaktadır.

3.2 EVREN VE ÖRNEKLEM

Google Anketler üzerinden tasarlanan anket formu, sosyal medya platformları üzerinden 18-60 yaş aralığındaki kişilerle paylaşılmıştır. Örneklemenin oluşturulmasında “kartopu örnekleme yöntemi” kullanılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 360 kişi arasından uç değerlere sahip 8 kişi tespit edilmiş ve araştırma dışı bırakılmıştır. 352 katılımcının verisi analizler için kullanılmıştır. Katılımcıların 127’si erkek ve 225’i kadın katılımcı olup yaş ortalaması 36.56’dır (Bknz. Tablo 4.1.2). 18 yaş altı ve 60 yaş üstü kişiler dışlama kriteri olarak kabul edilmiş ve araştırmaya dahil edilmemiştir.

Tablo 4.1.1’de sosyodemografik değişkenlerin dağılımı incelendiğinde, 352 katılımcının %35.2’si erkek ve %64.8’i kadındır. Eğitim düzeyi değişkenine göre lise ve altı %18.2; önlisans veya lisans %52.0 ve %29.8 lisansüstü mezundur. Medeni durum değişkenine göre, bekar %50.9; boşanmış ya da ayrı olanlar %4.8; dul olanlar %0.6 ve evliler %43.8 oranındadır. Ailesi ile yaşayanlar %32.1; arkadaşıyla yaşayan %2.8; arkadaşı yaşayanlar %8.0 ve yalnız yaşayanlar %16.2 oranındadır. Çalışmayanlar %16.3; emekliler %6.3; kamu çalışanı %14.5 ve özel sektör çalışanı %59.9 oranındadır. Gelir düzeyi düşük olanlar %17.6; orta düzey olanlar %65.1 ve yüksek olanlar %17.3 oranındadır. Kronik rahatsızlık tanısı olanlar %14.5 oranındadır. Psikiyatrik rahatsızlık tanısı olanlar %11.1 oranındadır. Diyet ya da özel bir beslenme program takip ettiğini belirten katılımcıların oranı %23.0’tür. Yeme bozukluğu öyküsü olan %15.1 oranında katılımcı bulunmuştur. Düzenli egzersiz yaptığı belirten katılımcıların oranı %37.5 oranındadır.

Tablo 4.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

<i>Sosyodemografik değişkenler</i>	<i>Gruplar</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Cinsiyet	Erkek	124	35.2
	Kadın	228	64.8
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı	64	18.2
	Ön lisans veya lisans	183	52.0
	Yüksek lisans veya doktora	105	29.8
Medeni Durum	Bekar	179	50.9
	Boşanmış/Ayrı	17	4.8
	Dul	2	.6
	Evli	154	43.8
	Aile (eş, Anne ve/ya baba, kardeş)	267	75.9
Çalışma Durumu	Arkadaş	28	8.0
	Yalnız	57	16.2
	Çalışmıyor	69	19.6
	Çalışmıyor/Emekli	21	6.0
	Kamu çalışanı	51	14.5
	Özel sektör	211	59.9
Gelir Düzeyi	Düşük	62	17.6
	Orta	229	65.1
	Yüksek	61	17.3
Kronik Rahatsızlık	Var	51	14.5
	Yok	301	85.5
Psikiyatrik Rahatsızlık Tanısı	Evet	39	11.1
	Hayır	313	88.9
Diyet Öyküsü	Evet	81	23.0
	Hayır	271	77.0
Yeme bozukluğu Öyküsü	Evet	53	15.1
	Hayır	299	84.9
Düzenli Egzersiz Öyküsü	Evet	132	37.5
	Hayır	220	62.5
	Toplam	352	100.0

3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu, “Duygu Düzenleme Ölçeği– Kısa Formu (DDGÖ – 16)”, “Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ – 30)” ve “Yeme Bozuklukları Ölçeği- Kısa Formu (EDE- Q- 13)” uygulanmıştır.

3.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılardan cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, kronik hastalık öyküsü, ruhsal hastalık öyküsüne dair bilgiler istenmiştir. Ayrıca katılımcıların herhangi bir diyet programı ya da özel beslenme tarzına sahip olup olmadığı ve düzenli egzersiz yapıp yapmadığı bilgisi edinilmiştir.

3.3.2 Duygu Düzenleme Ölçeği- Kısa Formu (DDGÖ- 16)

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği’nin (Gratz ve Roemer, 2004) kısaltılması yoluyla Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından oluşturulmuş sürümüdür. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Yiğit ve Güzey Yiğit (2017) ile yapılan ölçek 16 madde ve 5 alt boyut içermektedir. 5’li likert tipindeki ölçekten alınan puanlardaki yükseliş duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin artması anlamını taşımaktadır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .92 olarak hesaplanmış, alt boyutlarının iç tutarlılık kat sayılarının ise .78 - .87 arasında değiştiği gözlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun test- tekrar test güvenirliği .85, iki yarım test güvenirliği ise .88 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı .94 olarak tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada ise Cronbach Alpha katsayısı .97 olarak bulunmuştur.

3.3.3 Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ- 30)

Framson vd. (2009) tarafından geliştirilen Yeme Farkındalığı Ölçeği, orijinal sürümünde “Mindful Eating Questionnaire” şeklinde isimlendirilmekte; disinhibisyon, dış etkenler, duygusal cevap ve dikkat dağılması alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Türkçe’ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Köse, Tayfur, Birincioğlu ve Dönmez (2016) ile gerçekleştirmiştir. “Hiç”, “Nadiren”, “Bazen”, “Sık Sık” ve “Her zaman” şeklinde 5’li likert tipinde hazırlanan ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. 1 ile 5 arasında puanlanan ölçekte “Düşünmeden Yeme”, “Duygusal Yeme”, “Yeme Kontrolü”, “Yeme Disiplini”, “Enterferans”, “Bilinçli Beslenme” ve “Farkındalık” olmak üzere yedi alt boyut bulunmaktadır. Her bir alt boyuttan alınan yüksek puan o alt boyuta ait özelliğin yüksek

oluşuna işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı 0,73 olarak tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada ise Cronbach Alpha katsayısı .84 olarak bulunmuştur.

3.3.4 Yeme Bozuklukları Ölçeği- Kısa Formu (EDE- Q- 13)

Yeme bozukluğu semptomlarını değerlendiren ve yaygın olarak kullanılan EDE-Q (Fairburn ve Beglin, 1994) formunun kısaltılması ile Lev-Ari, Bachner-Melman ve Zohar (2021) tarafından 13 maddelik sürümü hazırlanmıştır. “Yeme Kısıtlaması”, “Şekil ve Kiloya Aşırı Değer Verme”, “Vücut Memnuniyetsizliği”, “Tıkınma” ve “Arınma” alt boyutlarından oluşan ölçekte her bir madde Hiçbir zaman (0), 1-5 gün (1), 6-12 gün (2), 13-15 gün (3), 16-22 gün (4), 23-27 gün (5), Her gün (6) şeklinde 7’li Likert tipi bir ölçek üzerinden puanlanmaktadır. Ölçek puanları, ölçeğin tamamında veya her bir alt ölçeğinde yer alan maddelerin puanlarının toplamına göre değerlendirilir ve yüksek puanlar yeme ile ilgili psikopatolojinin daha yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Türkçe’ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Esin ve Ayyıldız (2022) tarafından gerçekleştirilen ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89, 5 alt ölçeğin Cronbach alfa değerleri ise 0.75 - 0.94 aralığında hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada ise Cronbach Alpha katsayısı .86 olarak bulunmuştur.

3.4 İŞLEM

Çalışma öncesinde araştırmada kullanılacak ölçekler için ölçeklerin Türkçe geçerlik güvenirlik ve uyarlama çalışmalarını yapan araştırmacılardan e-posta aracılığıyla izin alınarak Beykoz Üniversitesi Etik Kurulu’na etik kurul onayı için başvuru yapılmıştır. Araştırmayı yürütmek için Beykoz Üniversitesi Etik Kurul’undan 22.03.2024 tarih, 3 sayılı bilimsel araştırma ve yayın etiği kararı ile gerekli izinler alınmıştır. Katılımcı Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu ile “*Duygu Düzenleme Ölçeği- Kısa Formu (DDGÖ- 16)*”, “*Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ – 30)*” ve “*Yeme Bozuklukları Ölçeği- Kısa Formu (EDE- Q- 13)*” sosyal medya platformlarına erişimi olan 18-60 yaş arası katılımcılara çevrimiçi anketler aracılığı ile gönderilmiştir. Katılımcıların fikrini değiştirmesi durumunda herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan ayrılacakları bilgisi paylaşılmıştır. Katılımcıların soru ve yorumları için iletişime geçebilecekleri bir mail adresi forma eklenmiştir. Katılım için onay veren katılımcılar Google Forms üzerinden ölçekleri doldurmaya başlayabilmiştir. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Veriler Mart – Nisan 2024 tarihlerinde toplanmıştır.

Araştırmanın planlanması sırasında ve araştırma sürecinde olası bir risk öngörülmemiştir. Ölçek setinde, kişisel rahatsızlık verebilecek nitelikte herhangi bir soru bulunmamıştır. Katılımcılar çalışmaya herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılım göstermiştir. Kararlarını değiştirmeleri durumunda herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan sorunsuzca ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Katılımcıların yanıtları ve kişisel bilgileri gizlilik ilkesine uygun olarak kimse ile paylaşılmamıştır. Çalışmanın herhangi bir risk barındırmadığı düşünülse de katılımcıların soru ya da yorumları için rahatlıkla iletişime geçebilecekleri araştırmacının e-mail adresi onam formuna eklenmiştir.

3.5 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Bu çalışmada, erişkin bireylerde yeme bozukluğu belirtileri, yeme farkındalığı ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada, katılımcıların sosyodemografik değişkenleri bakımından yeme bozukluğu belirtileri puanlarındaki farklılık araştırılmıştır. Katılımcıların yeme bozukluğu belirtileri, yeme farkındalığı ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Yeme bozukluğu belirtilerinin duygu düzenleme güçlükleri ve yeme farkındalığı tarafından yordayıcılığının incelenmesi için hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analizler SPSS 27.0 paket yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yeme bozukluğu belirtileri, yeme farkındalığı ve duygu düzenleme güçlükleri düzeyleri puanlarının karşılaştırılması için, örneklem sayısının uygun bulunması sebebiyle parametrik ölçümler tercih edilmiştir. İkili grupların karşılaştırılması için bağımsız örneklem t- testi ve tek yönlü ANOVA uygulanmıştır. Sosyodemografik karşılaştırma ve korelasyon testlerinin uygunluğu için normallik sınaması yapılmıştır. Normallik sınaması için ölçek puan ortalamalarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 düzeyinde alınmıştır.

4 BULGULAR

Bu bölümde araştırma soruları temelinde gerçekleştirilen istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular betimsel istatistikler, korelasyon analizi, regresyon analizi ve karşılaştırma analizlerinden elde edilen bulgular olarak sırayla aktarılmıştır. Araştırmanın soruları ile hipotezlerine yönelik analiz tablolarına ve açıklamalarına her bir başlık altında yer verilmiştir.

4.1 BETİMSSEL İSTATİSTİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.2’de, araştırmada kullanılan ölçeklerin ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleri gösterilmiştir. Öte yandan, EDEQ tıknırcasına yeme ve arınma boyutlarında basıklık değerinin +1.5 üzeri olduğu görülmektedir. Ayrıca, uç değer olarak EDEQ arınma boyutunda +3.29 üzeri standart değerlere sahip sekiz veri araştırma dışı bırakılmıştır. Kline (2011) tarafından belirtildiği üzere, basıklık değerinin +10’a kadar kabul edilebilir olduğu ve bu çalışmada parametrik ölçümlerin tercih edilebileceği düşünülmektedir.

Tablo 4.1.2 Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Katılımcıların Yaşının Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık ve Basıklık Değerlerinin Betimleyici İstatistikleri

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>x̄</i>	<i>ss</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>	<i>İç tutarlılık</i>
Yaş	352	36.35	11.709	.633	-.706	-
DDGÖ Toplam	352	33.61	14.411	1.156	.796	.97
EDEQ Yeme Kısıtlaması	352	2.08	1.951	.673	-.771	
EDEQ Şekil ve Kiloya Aşırı Değer Verme	352	2.40	2.230	.553	-1.176	.89
EDEQ Vücut Memnuniyetsizliği	352	2.83	2.346	.252	-1.528	.91
EDEQ Tıkınma	352	1.13	1.351	1.641	2.516	.83
EDEQ Arınma	352	.30	.779	4.101	20.823	.45
EDEQ Toplam	352	4.20	3.130	.671	-.091	.86
YFÖ Yeme Disiplini	352	36.35	11.709	.633	-.706	.59
YFÖ Bilinçli Beslenme	352	33.61	14.411	1.156	.796	.34
YFÖ Yeme Kontrolü	352	2.08	1.951	.673	-.771	.28
YFÖ Farkındalık	352	2.40	2.230	.553	-1.176	.71
YFÖ Duygusal Yeme	352	2.83	2.346	.252	-1.528	.90
YFÖ Düşünmeden Yeme	352	1.13	1.351	1.641	2.516	.87
YFÖ Enterferans	352	.30	.779	1.101	8.823	.37
YFÖ Toplam	352	4.20	3.130	.671	-.091	.84

4.2 ÖLÇEKLERİN KORELASYON ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü, yeme bozukluğu belirtileri ve yeme farkındalığı boyutları puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Pearson Korelasyonu bulguları Tablo 4.2.1’de verilmiştir. Tablo 4.2.1’deki EDEQ yeme kısıtlaması alt boyutu ile duygu düzenleme güçlükleri ($r=.13$; $p<0.05$), YFÖ yeme disiplini ($r=.28$; $p<0.01$), YFÖ farkındalık ($r=.55$; $p<0.01$) pozitif yönlü; düşünmeden yeme ($r=-.14$; $p<0.01$), duygusal yeme ($r=-.42$; $p<0.05$), bilinçli beslenme ($r=-.42$; $p<0.05$) ve enterferans ($r=-.19$; $p<0.01$) alt boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

EDEQ şekil ve kiloya aşırı değer verme alt boyutu ile duygu düzenleme güçlükleri ($r=.29$; $p<0.01$), YFÖ yeme disiplini ($r=.14$; $p<0.01$) ve YFÖ farkındalık ($r=.23$; $p<0.01$) pozitif yönlü; düşünmeden yeme ($r=-.15$; $p<0.01$), duygusal yeme ($r=-.21$; $p<0.05$), bilinçli beslenme ($r=-.42$; $p<0.05$) ve enterferans ($r=-.19$; $p<0.01$) alt boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

EDEQ vücut memnuniyetsizliği alt boyutu ile alt boyutu ile duygu düzenleme güçlükleri ($r=.29$; $p<0.01$), YFÖ yeme disiplini ($r=.19$; $p<0.01$) ve YFÖ farkındalık ($r=.28$; $p<0.01$) pozitif yönlü; duygusal yeme ($r=-.29$; $p<0.01$), bilinçli beslenme ($r=-.16$; $p<0.01$) ve enterferans ($r=-.15$; $p<0.01$) alt boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

EDEQ tıkinma alt boyutu ile alt boyutu ile duygu düzenleme güçlükleri ($r=.44$; $p<0.01$), YFÖ yeme disiplini ($r=.17$; $p<0.01$) ve YFÖ farkındalık ($r=.28$; $p<0.01$) pozitif yönlü; duygusal yeme ($r=-.27$; $p<0.01$), bilinçli beslenme ($r=-.21$; $p<0.01$) ve enterferans ($r=-.11$; $p<0.01$) alt boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

EDEQ arınma alt boyutu ile alt boyutu ile duygu düzenleme güçlükleri ($r=.18$; $p<0.01$), YFÖ yeme disiplini ($r=.23$; $p<0.01$) ve YFÖ farkındalık ($r=.44$; $p<0.01$) pozitif yönlü; duygusal yeme ($r=-.42$; $p<0.05$), bilinçli beslenme ($r=-.42$; $p<0.05$) ve enterferans ($r=-.16$; $p<0.01$) alt boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.2.1 Katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlükleri, Yeme Bozukluğu Belirtileri ve Yeme Farkındalığı Boyutları Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyonu Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
DDGÖ	1												
EDEQ Yeme Kısıtlaması	.130*	1											
EDEQ Şekil ve Kiloya Aşırı Değer Verme	.294**	.502**	1										
EDEQ Vücut Memnuniyetsizliği	.271**	.398**	.680**	1	.447**								
EDEQ Tıkınma	.446**	.296**	.453**	.447**	1	.420**							
EDEQ Arınma	.180**	.255**	.238**	.138**	.420**	1							
YFÖ Düşünmeden Yeme	-.145**	-.149**	-.092	-.046	-.120*	.050	1						
YFÖ Yeme Disiplini	.281**	.145**	.196**	.172**	.227**	.054	-.414**	1					
YFÖ Duygusal Yeme	-.422**	-.210**	-.294**	-.266**	-.424**	-.120*	.351**	-.440**	1				
YFÖ Yeme Kontrolü	-.052	-.072	-.011	.042	-.060	-.069	.148**	-.259**	-.093	1			
YFÖ Farkındalık	.558**	.232**	.276**	.276**	.444**	.314**	-.010	.319**	-.446**	-.122*	1		
YFÖ Bilinçli Beslenme	-.420**	.006	-.165**	-.209**	-.425**	-.221**	-.052	-.140**	.326**	-.021	-.615**	1	
YFÖ Enterferans	-.195**	-.262**	-.150**	-.113*	-.163**	-.097	.247**	-.427**	.374**	.450**	-.345**	.122*	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire, DDGÖ=Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, YFÖ=Yeme Farkındalığı Ölçeği

Tablo 4.2.2'deki bulgulara göre, EDEQ (Yeme bozukluğu) toplam puanı ile YFÖ (Yeme farkındalığı) toplam puanı ($r=-.19$; $p<0.01$) negatif yönlü ve DDGÖ (Duygu düzenlemede güçlükler) toplam puanı ($r=.36$; $p<0.01$) pozitif yönlü ve anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ayrıca, yeme farkındalığı ölçeği toplam puanı ile DDGÖ (duygu düzenlemede güçlükler) toplam puanı ($r=-.20$; $p<0.01$) negatif yönlü ve anlamlı korelasyon saptanmıştır

Tablo 4.2.2 EDEQ Toplam Puanı, YFÖ Toplam Puanı ve DDGÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkiyi İncelemeye Yönelik Pearson Korelasyonu Bulguları

Değişkenler	$\bar{x}$	ss	1	2	3
1. EDEQ Toplam	20.18	14.94	1		
2. YFÖ Toplam	3.32	.514	-.190**	1	
3. DDGÖ Toplam	33.72	14.54	.356**	-.199**	1

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire, DDGÖ=Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, YFÖ=Yeme Farkındalığı Ölçeği

4.3 HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3.1'de yeme bozukluğu toplam puanının duygu düzenleme güçlükleri ve yeme farkındalığı tarafından yordanmasına ilişkin iki modelli hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İlk modele duygu düzenlemede güçlükler puanları eklenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur [$F(1,350)=50.83$; $p<0.001$]. Sonuçlara göre, duygu düzenleme güçlükleri puanı ($\beta =.36$; $p<0.001$) yeme bozukluğu toplam puanlarını pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde yordamaktadır. Duygu düzenleme güçlükleri puanlarının artışı yeme bozukluğu toplam puanlarının artışını %13 oranında açıklamaktadır ($R^2=.13$). İkinci modele eklenen yeme farkındalığı ölçeği ile model istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2,349)=29.81$; $p<0.001$]. Modelde, duygu düzenleme güçlüğü ($\beta =.19$; $p<0.001$) pozitif yönlü; yeme farkındalığı ($\beta =-.14$; $p<0.001$), puanları yeme bozukluğu toplam puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde ve %15 oranında açıklanmaktadır ($R^2=.15$).

Tablo 4.3.1 EDEQ Toplam Puanı, YFÖ Toplam Puanı ve DDGÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkiyi İncelemeye Yönelik Pearson Korelasyonu Bulguları

Model	B	SH	β	t	p	F	R ²
1 (Sabit)	1.598	.397		4.029	.000		
DDGÖ	.077	.011	.356	7.130	.000***	50.83***	.13
2 (Sabit)	5.290	1.379		3.837	.000		
DDGÖ	.073	.011	.337	6.743	.000***	29.81***	.15
YFÖ Toplam	-1.097	.393	-.140	-2.794	.005**		

a. Bağımlı değişken: EDEQ Toplam

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire, DDGÖ=Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, YFÖ=Yeme Farkındalığı Ölçeği

Tablo 4.3.2’de EDEQ toplam puanının sosyodemografik değişkenler, duygu düzenleme güçlükleri ve yeme farkındalığı alt boyutları tarafından yordanmasına ilişkin üç modelli hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İlk modele sosyodemografik değişkenler eklenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur [$F(5,346)=13.55$; $p<0.001$]. Sonuçlara göre, özel bir beslenme programı takip edenler ($\beta =-.23$; $p<0.001$) ve yeme bozukluğu öyküsü olanlar ($\beta =.28$; $p<0.001$) EDEQ toplam puanı daha yüksek katılımcılar olarak saptanmış ve varyansın %16’sı anlamlı bulunmuştur. İkinci modele eklenen duygu düzenleme güçlükleri ile modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve varyansın %23’ünü açıkladığı saptanmıştır [$F(6,345)=17.42$; $p<0.001$]. Bulgulara göre, özel bir beslenme programı takip edenler ($\beta =-.21$; $p<0.001$) ve yeme bozukluğu öyküsü olanlar ($\beta =-.19$; $p<0.001$) ile duygu düzenleme güçlüğü puanları yüksek olanlar ($\beta =.29$; $p<0.001$) EDEQ toplam puanı daha yüksek katılımcılar olarak saptanmıştır. İkinci modele eklenen yeme farkındalığı toplam puanı ile modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve varyansın %23’ünü açıkladığı saptanmıştır. Üçüncü modele eklenen yeme farkındalığı toplam puanı ile model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$F(7,344)=15.60$; $p<0.001$]. Bulgulara göre, özel bir beslenme programı takip edenler ($\beta =-.20$; $p<0.001$) ve yeme bozukluğu öyküsü olanlar ($\beta =-.19$; $p<0.001$) ile duygu düzenleme güçlükleri puanları yüksek olanlar ($\beta =.14$; $p<0.001$) ve ile duygu düzenleme güçlüğü puanları yüksek olanlar ($\beta =.28$; $p<0.001$)

EDEQ toplam puanı daha yüksek katılımcılar olarak saptanmıştır. Oluşturulan model, varyansın %24'ünü açıklamaktadır.

Tablo 4.3.2 EDEQ Toplam Puanının Sosyodemografik Değişkenler, Duygu Düzenleme ve Yeme Farkındalığı Puanları Tarafından Yordayıcılığına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

<i>Model</i>		<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ²
1	(Sabit)	13.292	1.190		11.169	.000		
	Yaş	-.013	.013	-.049	-.963	.336	13.55***	.16
	Cinsiyet	-.545	.324	-.083	-1.680	.094		
	Diyet programı	-1.756	.378	-.236	-4.646	.000***		
	Yeme bozukluğu öyküsü	-2.413	.437	-.276	-5.524	.000***		
	Egzersiz	-.194	.326	-.030	-.594	.553		
2	(Sabit)	9.033	1.375		6.570	.000		
	Yaş	.010	.014	.038	.739	.460		
	Cinsiyet	-.599	.311	-.092	-1.923	.055		
	Diyet programı	-1.547	.364	-.208	-4.243	.000***	17.42***	.23
	YB öyküsü	-1.704	.438	-.195	-3.889	.000***		
	Egzersiz	-.388	.315	-.060	-1.233	.218		
3	DDGÖ	.063	.011	.292	5.562	.000***		
	(Sabit)	11.371	1.819		6.250	.000		
	Yaş	.007	.014	.025	.489	.625		
	Cinsiyet	-.609	.310	-.093	-1.962	.051		
	Diyet programı	-1.500	.364	-.202	-4.122	.000***		
	YB öyküsü	-1.649	.437	-.189	-3.772	.000***	15.60***	.24
	Egzersiz	-.301	.317	-.047	-.949	.343		
	DDGÖ	.060	.011	.276	5.233	.000***		
	YFÖ	-.747	.383	-.095	-1.952	.052		

a. Bağımlı değişken: EDEQ Toplam

*** $p < 0.000$

4.4 SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN GRUP KARŞILAŞTIRMALARINA DAİR BULGULAR

Katılımcıların yeme bozukluğu belirtileri alt boyut puanlarının karşılaştırılması için, homojenlik sağlamak sebebiyle parametrik ölçümler tercih edilmiştir. İkili grupların karşılaştırılması için bağımsız örneklem t-testi; ikiden fazla grup içeren sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırmalarda tek yönlü ANOVA uygulanmıştır.

Cinsiyet değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar kadın ve erkek şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.1’de görüleceği gibi yeme bozukluğu belirti toplam puanlarının farklılaşmasını incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, yeme bozukluğu toplam puanı kadın katılımcılarda erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t=2.08$; $p<0.05$).

Tablo 4.4.1 Cinsiyet Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Kadın	228	4.45	2.998	2.08	.038*
	Erkek	124	3.73	3.320		

* $p<0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Yaş değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar 18-39 yaş arası ile 40 yaş ve üzeri şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.2’de görüleceği gibi yaş grupları bakımından yeme bozukluğu belirti toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre yeme bozukluğu toplam puanının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır [$t=1.01$; $p>0.05$].

Tablo 4.4.2 Yaş Grubu Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Yaş grubu</i>	<i>N</i>	<i>x̄</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	18-39	229	4.32	3.202		
	40 ve üzeri	123	3.97	2.991	1.012	.312

* $p < 0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Eğitim düzeyine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan ANOVA’da katılımcılar eğitim düzeyine göre lise ve altı, lisans ve yüksek lisans/doktora şeklinde gruplanmıştır. Örneklem sayısını denkleymek için ilköğretim grubu “lise ve altı”na dahil edilmiştir. Eğitim düzeyi bakımından yeme bozukluğu belirti toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre, yeme bozukluğu toplam puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır [$F(2/349)=.1$; $p>0.05$].

Tablo 1.4.3 Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Eğitim Düzeyi</i>	<i>N</i>	<i>x̄</i>	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Lise ve altı	64	4.30	3.732			
	Ön lisans veya lisans	183	4.23	3.003	.127	2/349	.881
	Lisansüstü	105	4.07	2.970			
	Toplam	352	4.20	3.130			

* $p < 0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Medeni durum değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar bekar ve evli şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.4’te medeni durum bakımından yeme bozukluğu belirti toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, yeme

bozukluğu toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır [$t=1.15$; $p>0.05$].

Tablo 4.4.4 Medeni Durum Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Medeni durum</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Bekar	198	4.37	3.096	1.15	.251
	Evli	154	3.98	3.171		

$p>0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Yaşanılan kişi(ler) değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan ANOVA’da katılımcılar aile, arkadaş ve yalnız şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.5’te yaşanılan kişi(ler) değişkeni bakımından yeme bozukluğu belirti toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre, yeme bozukluğu toplam puanlarının kiminle yaşıyor olduğuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır [$F(2/349)=.615$; $p>0.05$].

Tablo 4.4.5 Yaşanılan Kişi(ler) Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Yaşanılan Kişi</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Aile(ebeveyn ya da eş)	267	4.30	3.164			
	Arkadaş	28	3.91	2.979	.615	2/349	.541
	Yalnız	57	3.85	3.058			
	Toplam	352	4.20	3.130			

$p>0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Gelir düzeyine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan ANOVA’da katılımcılar gelir düzeyine göre düşük, orta ve yüksek şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.6’da gelir düzeyi değişkeni bakımından yeme bozukluğu belirti toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre, yeme

bozukluğu toplam puanlarının gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır [$F(2/349)=.278; p>0.05$].

Tablo 4.4.6 Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Gelir Düzeyi</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Düşük	62	4.42	3.812	.278	2/349	.758
	Orta	229	4.19	3.034			
	Yüksek	61	4.00	2.732			
	Toplam	352	4.20	3.130			

$p>0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Çalışma durumu değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar çalışıyor ve çalışmıyor şeklinde gruplanmıştır. Özel sektör ve kamu sektörü çalışanları “çalışıyor” kategorisinde toplanmıştır. Tablo 4.4.7’de çalışma durumu değişkeni bakımından yeme bozukluğu belirti toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, yeme bozukluğu toplam puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır [$t=.47; p>0.05$].

Tablo 4.4.7 Çalışma Durumu Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Çalışma durumu</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Çalışmıyor	90	4.33	3.111	.476	.634
	Çalışıyor	262	4.15	3.141		

$p>0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Kronik rahatsızlık durum değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar kronik rahatsızlığı olan ve kronik rahatsızlığı olmayan şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.8’de kronik rahatsızlık değişkeni bakımından yeme bozukluğu toplam puanlarındaki farklılaşmayı

incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, yeme bozukluğu toplam puanlarının kronik rahatsızlık tanısına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($t=-.468$; $p>0.05$).

Tablo 4.4.8 Kronik Rahatsızlık Tanısı Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Kronik Fiziksel Rahatsızlık</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Var	50	4.01	3.762	-.468	.640
	Yok	302	4.23	3.016		

$p>0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Psikiyatrik rahatsızlık durum değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar psikiyatrik rahatsızlığı olan ve psikiyatrik rahatsızlığı olmayan şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.9’da psikiyatrik rahatsızlık tanısı değişkeni bakımından EDEQ yeme bozukluğu belirtileri alt boyutlarındaki farklılaşmayı incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, yeme bozukluğu toplam puanlarının psikiyatrik rahatsızlık öyküsü değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($t=2.03$; $p<0.05$). Bulgulara göre, psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu belirten katılımcıların EDEQ toplam puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4.9 Psikiyatrik Rahatsızlık Tanısı Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Psikiyatrik Hastalık Teşhisi</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Evet	39	5.15	3.518	2.03	.043*
	Hayır	313	4.08	3.063		

* $p<0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Diyet programı ya da özel bir beslenme tarzı değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar diyet/özel beslenme tarzı olan ve diyet/özel beslenme tarzı olmayan şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.10’da uygulanan diyet ya da özel beslenme programı değişkeni

bakımından EDEQ yeme bozukluğu belirtileri alt boyutlarındaki farklılaşmayı incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, yeme bozukluğu toplam puanı diyet uygulayan katılımcılarda uygulamayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t=5.10$; $p<0.001$).

Tablo 4.4.10 Diyet ya da Özel Beslenme Tarzı Öyküsü Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Diyet Programı ya da Özel Beslenme Tarzı</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEQ	Evet	81	5.70	3.257	5.10	<0.001**
Toplam	Hayır	271	3.75	2.952		

** $p<0.001$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Yeme bozukluğu öyküsü değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar yeme bozukluğu öyküsü olan ve yeme bozukluğu öyküsü olmayan şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.11’de yeme bozukluğu öyküsü değişkeni bakımından EDEQ yeme bozukluğu belirtileri alt boyutlarındaki farklılaşmayı incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, yeme bozukluğu toplam puanı yeme bozukluğu öyküsü katılımcılarda uygulamayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t=6.14$; $p<0.001$).

Tablo 4.4.21 Yeme Bozukluğu Öyküsü Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Yeme Bozukluğu Öyküsü</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Evet	53	6.51	3.171	6.14	<0.001**
	Hayır	299	3.79	2.943		

** $p<0.001$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

Düzenli egzersiz yapma değişkenine göre ölçek puanlarında gruplar arasında farklılaşmayı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi ile katılımcılar düzenli egzersiz yapan ve düzenli egzersiz yapmayan şeklinde gruplanmıştır. Tablo 4.4.12’de düzenli egzersiz yapma durumu değişkeni bakımından EDEQ yeme bozukluğu belirtileri alt boyutlarındaki farklılaşmayı incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına

göre, yeme bozukluğu toplam puanı düzenli egzersiz yaptığını belirten katılımcılarda düzenli egzersiz yapmayan katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($t=1.76$; $p>0.05$).

Tablo 4.4.12 Düzenli Egzersiz Yapma Durumu Değişkenine Göre Yeme Bozukluğu Belirtileri Toplam Puanlarının Farklaşmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-testi Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Düzenli Egzersiz</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>ss</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
EDEQ Toplam	Evet	132	4.58	3.278	1.76	.079
	Hayır	220	3.97	3.023		

$p>0.05$

EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire

5 TARTIŞMA

2009 ile 2021 yılları arasında ScienceDirect, PubMed ve Ovid/Medline’da İngilizce olarak yeme bozukluklarına dair yayınlanan hakemli makaleler incelenmiş ve 130 çalışmanın %72’sinin önleme, %28’inin ise erken müdahale ile ilgili olduğu tespit edilmiştir (Koreshe vd., 2023). Bu çalışmaların çoğunda geç ergen ve erken yetişkin kadınların yer aldığı, diğer demografik yapılara dair daha az kanıt bulunduğu görülmüştür (Beccia, Dunlap, Hanes, Courneene ve Zwickey, 2018). Benzer şekilde orta yaşta kadınlar yaşlanma ile artan beden imajı kaygısı ve düzensiz yeme arasındaki ilişkiyi araştıran yalnızca bir çalışmaya rastlanılmış (McLean, S. A., Paxton, S. J. ve Wertheim, 2011), araştırmalarda ise erkeklerin zayıf temsilini haklı çıkarmak amacıyla yeme bozukluklarının “kadınlara ait bir sorun” olduğu klişeleşmiştir (Murray vd., 2017). Boylamsal çalışmaların azlığı, sporcular, komorbid psikiyatrik tanının eşlik ettiği hastalar ile 18- 60 yaş arası klinik olmayan örnekleme yapılan çalışmaların kısıtlılığı ve yeni bir kavram olan “yeme farkındalığı” ile sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, çalışma durumu, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, kronik hastalık öyküsü, ruhsal hastalık öyküsü) yeme bozukluğu üzerindeki etkisinin araştırılmasının ruh sağlığı alanına katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Bu bağlamda araştırmada duygu düzenleme becerileri ve yeme farkındalığının yeme bozuklukları ile ilişkisi incelenmiş, sosyodemografik değişkenler açısından yeme bozukluklarına yatkınlık kriterleri değerlendirilmiştir.

5.1 SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmada kadın katılımcıların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği toplam puanı erkekler katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu alanyazınla uyumlu bulunmuştur. Örneğin, Amerikan Psikiyatri Birliği 2000 yılında yayınladığı raporunda, yeme bozukluğu tanısı alan hastaların %90 ile 95’inin kadın olduğunu bildirmiştir. Watkins’in (2011) çalışmasında da yeme bozukluklarının cinsiyete göre dağılımına bakılmış ve kadınlarda erkeklere göre 10 kat, çocuk ve ergen gruplarında ise kız çocuklarında erkek çocuklara göre 3 kata daha sık görüldüğü gözlenmiştir. Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmada da oranların benzerlik gösterdiği ve kız çocuklarda erkek çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksek düzeyde yeme bozukluğu görüldüğü bulunmuştur (Demir, Demir, Kayaalp ve Büyükkal, 1998). Batı kültüründe

ideal beden ölçüleri ve kiloya sahip olmaya yönelik baskının, kadınları erkeklerden daha fazla etkilediği değerlendirilmektedir. Buna göre çok az sayıda genç erkek diyet yapmayı düşünürken, kadınlar yaşamlarının çoğu döneminde diyet yapmakta ve diyet yapmanın kendisi bir tehlike etmeni olarak görülmektedir (Kaluski, Natamba, Goldsmith, Shimony ve Berry, 2008). Bu bağlamda alanyazında yeme bozukluğunda gözlenen cinsiyet farklılıklarını açıklamaya ilişkin yayınlar dikkat çekmektedir. Testesteron, östrojen ve progesteron gibi gonadal hormonlar yeme bozukluklarında cinsiyetler arası farklılıkları ve cinsiyet içi değişkenlikleri açıklamada önemli katkılar sağlamaktadır (Klump, 2013; Klump, Culbert ve Sisk, 2017). Gonadal hormonlar gıda tüketimini (Asarian ve Geary, 2016; Eckel, 2011) ve yeme bozukluklarında değiştiği düşünülen nöroendokrin (Heck ve Handa, 2019) ve nörolojik (McEwen ve Alves, 1999; Österlund, 2010) sistemleri etkilemektedir (Lo Sauro, Raval, Cabras, Faravelli ve Ricca, 2008). Üreme hormonu salınımının “kritik” ya da “hassas” dönemlerinde yeme patolojilerinin zirve yapma yöneliminde olduğu vurgulanmaktadır. Yeme patolojilerinin gelişimi için üremenin başladığı ergenlik dönemi riskli olarak bilinmektedir. Hamilelikteki hormonal değişikliklerin de kadınlarda tıknırcasına yeme bozukluğunun başlangıcına zemin hazırladığı, doğum sonrası hızlı hormonal değişikliklerin ise diğer yeme patolojilerinin nüksetmesini tetiklediği söylenmektedir (Willsky, 2022). “Orta yaş ve üstü yeme bozukluğu olan erkekler”in de en damgalanmış grup olabileceği düşünülmektedir (Reas ve Stedal, 2015). Ayrıca yeme patolojilerini değerlendiren çalışmalarda erkek katılımcılarla yapılan çalışmaların azlığı (Raevuori, Keski-Rahkonen ve Hoek, 2014) ve sıklıkla kadın katılımcıların yer alması nedeniyle doğan sonuçlar (Darcy ve Lin, 2012; Strother, Lemberg, Stanford ve Turberville, 2013) sıklıkla tartışılmaktadır.

Araştırmada yeme bozukluğu toplam puanı diyet ya da özel beslenme programı uygulayan katılımcılarda, uygulamayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu alanyazının bulgularıyla uyumlu bulunmuştur. Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, ve Agras (2004) de boylamsal çalışmalarında diyet yapmanın ergen kızlarda düzensiz yeme davranışının gelişmesinde yüksek etkili bir risk faktörü olduğunu tespit etmiştir. Kitiş (2019) daha önce diyet uygulamış olan katılımcıların, diyet uygulamamış katılımcılara göre Yeme Farkındalığı Ölçeği disinhibisyon puanının daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Uçar (2020) ise daha önce diyet yapmış ve yapmamış olan katılımcılar arasında yeme farkındalığı açısından herhangi bir farkın olmadığını vurgulamıştır. Bu durum diyet yapmanın genellikle geçici bir süreç olarak benimsenmesi, kişilerin hedef ağırlıklarına ulaştıklarında eski beslenme alışkanlıklarına dönmeleri ile

açıklanabilir. Ancak diyetin iyi yönetilen bir kilo programının parçası olarak uygulandığında yeme patolojisi ile ilişkili olmayacağı; kilolarını kontrol etmeye çalışan bireyler için faydalı bir yöntem olabileceği de belirtilmektedir (Schaumberg, Anderson, Anderson, Reilly ve Gorrell, 2016). Ayrıca “ideal” kavramı mevcut kaynaklara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Gıdanın sınırlı olduğu kültürler daha şişman bir vücut şeklini idealize etme eğilimindeyken, gıdanın kolayca bulunabildiği özellikle Batı kültürlerinde kişiler zayıf ve ince gözükmek için çabalamaktadır (Harrison ve Cantor, 1997; Polivy ve Herman, 2002). Her iki opsiyonda da kültürün zayıflık ya da şişmanlığa verdiği değer ile değerlerin içselleştirilmesi, idealin erişilemez olduğu durumlarda düzensiz yeme davranışlarına ve beden memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (Nasser, 2009; Stormer ve Thompson, 1996; Stice, 2001). Yeme bozukluğuna dair alanyazının ağırlıklı olarak Batı kültürüne ait olması nedeniyle Türkiye örnekleminde gerçekleşen bu araştırmanın gelecekteki çalışmalara yol göstereceği bilinmektedir.

Araştırmada yeme bozukluğu toplam puanı yeme bozukluğu öyküsü olan katılımcılarda olmayanlara göre de anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu da alanyazınla uyumlu bulunmuştur. Daha önce yeme bozukluğu tanısı almış/ öyküsü olan bireylerin hastalığının nüksetmesi görülmektedir. Nitekim, Van Elburg (2007) anoreksiya nervoza hastaları ile yaptığı çalışmada tedavinin ardından beş yıllık bir süre içinde %50’nin üzerinde bir nüks oranı gözlemlemiştir. Löwe vd. (2001) de 21 yıllık takip çalışmasında 84 hastanın %51’inin tamamen iyileşme, %21’inin kısmen iyileşme gösterirken, %10’unda hâlâ yeme bozukluğu belirtileri gösterdiğini tespit etmiştir.

Araştırmada yeme bozukluğu toplam puanının psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma faktörüne göre de anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu belirten katılımcıların toplam yeme puanı psikiyatrik rahatsızlık belirtmeyen katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu bulgu alanyazınla kısmen uyumlu bulunmuştur. Mevcut çalışmanın bulgularının aksine, Gül (2023) tarafından 561 katılımcı ile gerçekleşen araştırmada da katılımcıların psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmasının yeme bozukluğu değişkeni üzerinde anlamlı farklılık yaratmadığı görülmüştür. Ancak yeme tutumları ile ruh sağlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Toplam 202 araştırmayı tarayan Hambleton vd. (2022) derleme makalesinde tıbbi komorbiditelerin yeme bozukluğundan önce oluşabileceği, birlikte ortaya çıkabileceği ya da yeme bozukluğunun bir komplikasyonu olarak var olabileceğine işaret etmektedir. Mevcut çalışmada yalnızca 38 kişinin psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün olması bu değişkenin yeme bozukluğu belirtileri üzerinde etkisine işaret etmektedir.

Sosyo-demografik değişkenler bağlamında mevcut araştırmada yeme bozukluğu toplam puanının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığına da bakılmış ve anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu bulgu alanyazınla kısmen uyumlu bulunmuştur. Yeme bozukluğu başlangıcının erken ergenlik döneminde olduğu ve genç yetişkinler arasında özellikle üniversite öğrencileri arasında yaygınlık gösterdiği bilinmektedir (Daly ve Costigan, 2022; Schilder, Sternheim, Aarts, van Elburg ve Danner, 2021). Fakat erken yaşlarda görülmesine rağmen ileri yaşlarda devam ettiğini ispat eden de çalışmalar mevcuttur (Bibiloni, Coll, Pich, Pons ve Tur, 2017; Reis, Silva ve Pinho, 2014; Mangweth-Matzek vd., 2014). Alanyazında ağırlıklı olarak üniversite öğrencileri ya da ergenler, sporcular ve komorbid psikiyatrik tanının eşlik ettiği hastalarla çalışmalar yapıldığı; 18-60 yaş aralığında tanı almamış bireylere yönelik araştırmaların göz ardı edildiği ve demografik değişkenlerin yorumlanmadığı görülmektedir. Mevcut çalışmanın kapsayıcılığı ve yalnızca klinik örneklemele sınırlı kalmaması bakımından önem taşıdığı değerlendirilmiştir.

Mevcut araştırmada gerçekleştirilen bir diğer gruplar arası fark karşılaştırmasında yeme bozukluğu toplam puanının eğitim düzeyine ve çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu bulgu alanyazınla uyumlu bulunmuştur. Benzer şekilde Nevonen ve Norring (2004)'in yeme bozukluğu tanısı olan ve olmayan gruplarla yürüttüğü çalışmada da gruplar arasında eğitim düzeyi açısından herhangi bir farklılık bulunmamış; yalnızca kişilerin mesleki durumlarının fark yarattığı gözlenmiştir. Wick, Brown, Fitzgerald ve Keel (2021)'in araştırmasında ise yüksek lisans derecesine sahip olan kadınların başlangıçta yeme patolojilerinin azaldığı, zamanla ise zayıflık dürtülerinin arttığı öngörülürken; erkeklerin yüksek lisans derecesi almalarının yeme patolojileri ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Öteyandan yeme bozukluğu toplam puanının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu bulgu alanyazınla kısmen uyumlu bulunmuştur. Alanyazında partneri ile yaşayan yeme bozukluğu hastalarının, yaş değişkeni kontrol edildiğinde dahi, partneri ile yaşamayanlara göre daha fazla yeme patolojisi gösterdiği belirtilmektedir. Ayrıca partneri ile yaşayan hastaların daha fazla mükemmeliyetçilik ve yediklerini çıkarma davranışı sergilediği; bunda partner ile tartışma ya da çatışmaların da tetikleyici ve sürdürücü faktörler olabileceği ileri sürülmüştür (Bussolotti, Fernández-Aranda, Solano, Jiménez-Murcia, Turón ve Vallejo, 2002). Wick vd. (2021) ise 20'li yaşlardan 50'li yaşlara kadar katılımcılar eğitim, evlilik ve ebeveynlik durumu rollerindeki değişikliklerin değişimine dair 30 yıl boyunca takip etmiştir. 30 yıllık takip

süreci sonucunda kadın katılımcıların %76.6'sı, erkeklerin %82.9'u evli olduğu halde kişilerin medeni durumlarındaki değişimlerin her iki cinsiyette de yeme bozukluğu ile anlamlı bir ilişki göstermediği görülmüştür. Benzer şekilde yeme bozukluğu toplam puanının da birlikte yaşanan kişiye göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu bulgu da alanyazınla kısmen uyumlu bulunmuştur. Mevcut araştırma bulgularının aksine, alanyazında bir çalışmada yeme bozukluğu olan bireylerin kontrol grubuna göre yalnız ya da ebeveynleriyle yaşadıkları saptandığı görülmüştür (Nevonen ve Norring, 2004). Yeme bozukluklarının doğası gereği yalnız olması, bireylerin sosyal damgalanmanın etkisi ile kendilerini izole etmeleri ya da birey ile yemek arasındaki içsel/karmaşık ilişkinin zamanla yakın ilişkilerine yansımaları kaçınılmaz görünmektedir. Öte yandan yalnızlık ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkide nedenselliği belirlemek güçtür ve çoğu durumda ilişkinin çift yönlü olabileceği düşünülmektedir. Birlikte yaşanan kişiye göre yeme bozukluğunun anlamlı farklılık göstermemesi, çalışmamızda örneklem grubunun 18-60 yaş aralığında olması ve %76'sının ebeveyn ya da eşleri ile yaşayanlardan oluşmasıyla ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Bir diğer benzer bulgu da yeme bozukluğu toplam puanının gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediğine ilişkindir. Ancak bu bulgu da alanyazınla kısmen uyumlu bulunmuştur. Yeme bozukluğunun sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ailelerde yaygın görüldüğüne dair inanişaya rağmen, 6041 katılımcı ile Güney Avusturya'da Mulders-Jones, Mitchison, Girosi ve Hay (2017) tarafından yürütülen çalışmada mevcut araştırma bulgularıyla tutarlı olarak tüm gelir düzeyi ve istihdam durumlarında benzer oranların ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Öte yandan bazı ülkelerde orta ve üst sosyo-ekonomik düzeydeki kişilerin yeme bozukluğuna sahip olmaları, yerel sosyo-kültürel normlar ve tedavinin erişilebilirliği ile açıklanmıştır (Hoek, 2002).

Anlamlı farklılık saptanamayan bir diğer bulgu yeme bozukluğu toplam puanının kronik rahatsızlığa sahip olma faktörüne göre de anlamlı farklılık göstermediğidir. Bu bulgu da alanyazınla kısmen uyumlu bulunmuştur. Ayaz'ın (2021) mevcut çalışmadaki örnekleme benzer şekilde 18-65 yaş arası katılımcılar ile gerçekleştirdiği çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin Yeme Tutum Testi- 40 puan ortalamalarının, kronik rahatsızlığı olmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca kronik rahatsızlığı olmayan kişilerin de Yeme Farkındalığı Ölçeği- 30 "*duyusal yeme*", "*yeme kontrolü*", "*yeme disiplini*", "*farkındalık ve enterferans*" ile "*odaklanma*" puan ortalamalarına ilişkin olarak, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Aynı çalışmada kronik hastalığı olan kişilerde %33.3 oranında

bozulmuş yeme tutumu görülürken, kronik hastalığı olmayan kişilerde %11.2 oranında seyrettiğinden de söz edilmiştir (Ayaz, 2021). Öte yandan kistik fibröz, tip 1 diyabet, inflamatuvar bağırsak hastalığı, irritabl bağırsak sendromu gibi diyetle ilişkili kronik sağlık sorunu yaşayan hastaların yaşam boyu reçete edilen bir diyet rejimine bağlı kalması gerekmektedir. Özellikle de bu rejimlere uymaya çalışan gençlerin gıda ya da vücut ağırlıklarına karşı olumsuz tutumlar ile sağlıksız beslenme alışkanlıkları geliştirmeleri kaçınılmaz olduğu vurgulanmaktadır (Schlundt, Rowe, Pichert ve Plant, 1999). Bu bağlamda gençlerin artan endişelerinin kimi zaman düzensiz beslenme alışkanlıklarının da hız kazanmasına sebep olabileceği belirtilmektedir (Grilo, 2006). Genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde düzensiz yeme davranışlarının yaygın olduğu (Hoek, 2006), çoğu kronik hastalığın yaygınlığının yaş ile arttığı (Chiaranai, Chularee ve Srithongluang, 2018) ve mevcut çalışmada yalnızca 50 katılımcının kronik rahatsızlığa sahip olduğu düşünüldüğünde, kronik rahatsızlığa sahip olma faktörüne göre anlamlı farklılık çıkmaması yorumlanabilir.

Mevcut araştırmada yeme bozukluğu toplam puanının da düzenli egzersiz yaptığını belirten katılımcılar ile düzenli egzersiz yapmayan katılımcılar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermediği gözlenmiştir. Bu bulgu da alanyazınla kısmen uyumlu bulunmuştur. Araştırmanın bulgularına paralel olarak, Ayaz (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da düzenli egzersiz yapan bireylerde %21.1, düzenli egzersiz yapmayan bireylerde ise %12 bozulmuş yeme tutumu görülmüş ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Öte yandan yeme bozukluklarının fiziksel aktivite (Meadows, 2004) ya da bu aktivitelere ayrılan sürenin fazla olması (Kjelsås ve Augestad, 2004) ile ilişkisinin olmadığı, hatta kadınlar ve sporcuların bu tarz eylemlerde bulunmayanlara oranla daha iyi bir beden imgesine sahip oldukları belirtilmektedir (Furnham, Titman ve Sleeman, 1994). Ancak aşırı/kompulsif fiziksel aktivitenin, yeme bozuklukları patogenezi ve sürdürülmesi ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Davis, Kennedy, Ravelski ve Dionne, 1994; Le Grange ve Eisler, 1993). Bu bağlamda cinsiyete ilişkin farklı tutumları inceleyen Chin ve arkadaşlarının (2020) 716 üniversite öğrencisiyle Malezya’da gerçekleştirdikleri araştırmaları, kilo vermek isteyen kadınların diyet yapmayı fiziksel egzersize; erkeklerin ise egzersizi diyetle tercih ettiklerini ortaya koymaktadır. Bu çelişkili sonuçların, farklı metodolojiler ve eşdeğer olmayan örneklem grupları ya da düzenli egzersiz yapan kişilerin beslenmelerine çok daha fazla dikkat etmeleri ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada sosyo-demografik değişkenlerin yeme bozukluğu toplam puanına olan etkisini özetlemek gerekirse; cinsiyet, psikiyatrik rahatsızlık, yeme bozukluğu ve diyet ya da özel beslenme öyküsüne sahip olan bireylerin yeme bozukluğunu toplam puanlarının olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öte yandan; yaş, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim durumu, kronik rahatsızlık öyküsü, düzenli egzersiz yapıp yapmama, birlikte yaşanılan kişi, çalışma durumu değişkenleri bağlamında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

5.2 KORELASYON ve REGRESYON ANALİZİ BULGULARININ TARTIşILMASI

Yeme patolojisine sahip bireylerin sıklıkla olumsuz duygulanımı tolere etmekte güçlük yaşadıkları ve bu içsel deneyimleri düzenlemek adına yiyecekleri kısıtlayıcı ya da aşırı miktarda tükettikleri bilinmektedir (Corstorphine, 2006). Gıda kısıtlaması ya da aşırı tüketimi kısa süreli bir deneyimsel kaçınma modeli haline gelmekte (Linehan, 1993) açlık ve tokluk sinyalleri arasında ayırım yapılamamaktadır (Smith, Shelley, Leahigh ve Vanleit, 2006). Tüm bunlardan hareketle mevcut çalışmada duygu düzenleme becerileri ve yeme bozuklukları arasında ilişki değerlendirilmiştir. Araştırmada yeme bozukluğu ile duygu düzenleme güçlükleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Daha açık bir ifadeyle yeme bozukluğu gözlenen bireylerin duygu düzenleme becerilerinde güçlükleri olduğu söylenebilir. Bu bağlamda araştırmanın bulguları alan yazındaki çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur. Örneğin Harrison, Sullivan, Tchanturia ve Treasure (2010) duygu düzenleme güçlüklerinin ve olumsuz duygu deneyimlerinin yeme bozukluğunun sürdürülmesine önemli katkıları olduğunu tespit etmiştir. Yakın zamanda adaptif ve maladaptif duygu düzenleme stratejilerinin yeme bozuklukları psikopatolojisi ile ilişkisini değerlendiren ve 104 çalışmanın meta analizinin gerçekteştirildiği bir araştırmada, duygu düzenleme güçlükleri ile yeme bozukluğu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle temel duygu düzenleme güçlüklerinden ruminasyon ve duyguları kabul etmede zorluğun önemi vurgulanmıştır (Leppanen, Brown, McLinden, Williams ve Tchanturia, 2022). Lavender ve Anderson'ın (2010) 296 erkek lisans öğrencisi ile yürüttüğü bir başka çalışmada olumsuz duygulanımın kabul edilmemesi ya da uyumlu duygu regölasyonu stratejilerine erişememe/sahip olamama ile öne çıkan duygu düzenleme güçlüğünün, BMI de hesaba katıldığında, yeme bozukluğu belirtilerindeki varyansı açıkladığı görölmüştür.

Mevcut araştırmada duygu düzenleme g  l   n n yeme bozukluğunu anlamlı ve pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Racine ve Wildes (2013) tarafından yürütülen bir başka çalışmada duygu düzenleme g  l  klerinden biri olan dürtü kontrolünün hem tıknırcasına yeme hem de boşaltma davranışlarını yordadığı; sınırlı duygusal farkındalığın da yeme patolojileri ile ilişkili bilişlerin şiddetini ve hastalık süresini öngördüğü tespit edilmiştir. 18-65 yaş aralığında 166 katılımcı ile ABD’de gerçekleştirilen başka bir çalışmada da duygu düzenlemenin yeme bozukluğunu yordadığı görülmüştür (Srivastava, 2022).

Beslenme, psikoloji, öz kontrol ve beden farkındalığını bütünleştiren bilinçli yeme (Kristeller ve Jordan, 2018) “yasak” ya da “izin verilen yiyecekler listesi” sunmamakta, kişiye “neden ve nasıl yediğini”   retmektedir (Minari vd., 2023). Yeni bir yaklaşım olan bilinçli yeme ile danışanlar yemek sırasında kitle iletişim araçları ya da kişiisel mobil cihazlarını kapatmakta, yemeği baskın olmayan elleri ile tüketmekte, yutmadan önce yiyeceğin dokusu/rengi/tadını hissetmeye çalışmakta, açlık ve toklu un sinyallerine odaklanmakta ve acele etmeden yemeye özendirilmektedir (Duarte, Pinto-Gouveia ve Stubbs, 2017). Bilinçli yeme kavramı, kişiler arasında yeme alışkanlıklarının önemi konusunda farkındalık yaratmaya yardımcı olmak için gerekli görülmekte ve sağlıklı yeme davranışının güçlü bir belirleyicisi olarak değerlendirilmektedir (Kutresnaningdian, 2012, aktaran Putri, Widodo ve Solihat, 2024). Bu bilgiler ışığında mevcut araştırmada yeme farkındalığı ve yeme bozuklukları arasında ilişki değerlendirilmiştir. Araştırmada yeme bozukluğu ile yeme farkındalığı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Diğer yandan alanyazın gözden geçirildiğinde bu konuda yapılan çalışmalar bilinçli farkındalık (mindfulness) ile bozulmuş yeme davranışları arasındaki negatif ilişkiyi net bir şekilde ortaya koymasına rağmen mindfulness ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleme konusuna yeterli önemin verilmediği görülmektedir. Araştırmalar bilinçli farkındalık becerilerinin geliştirilmesiyle kişilerin yeme ataklarında ve olumsuz vücut imgelerinde azalmalar olduğunu ortaya koymaktadır (Alberts vd., 2012). Ayrıca bilinçli farkındalık ve yeme bozuklukları üzerine yapılan araştırmaların pop lerli ine rağmen, yeme farkındalığı ve yeme patolojisi alanında kısıtlı sayıda araştırmaya erişilebilmiştir. Ayrıca kurumsal ve ampirik kavramsallaştırmalar yönünden bilinçli farkındalık, farkındalığı çok yönlü bir yapı olarak vurgulasa da çalışmaların çoğunun tek boyuta dair atıflar yaptığı bildirilmiştir (Baer vd., 2006; Bishop vd., 2004).

Mevcut araştırma bulgusuyla örtüşen bir bulgu Prowse ve arkadaşlarının (2013) bilinçli farkındalık ve yeme patolojisi üzerine yaptıkları çalışmadan gelmiştir. Söz konusu çalışmada artan psikopatoloji düzeylerinin, gözlemlene becerisi hariç, azalan farkındalık becerileriyle tutarlı olduğunu bulmuştur. Farkındalık ve gıda tüketimi üzerinde bilinçli yeme eğitiminin etkisini inceleyen başka bir çalışmada da eğitimin ardından katılımcılar daha fazla farkındalık bildirmiş ve katılımcıların %85'inden fazlası öğle yemeği esnasında sağlıklı gıda tercihlerinde bulunmuştur (Jacobs vd., 2013). Timmerman ve Brown (2012) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, 35 kadın katılımcı haftalık düzenlenen bilinçli yeme oturumlarına katılmış; yemek yerken yağ ve kalori alımını azaltma, davranış değişikliği yöntemleri ve bilinçli yeme meditasyonları konularında bilgilendirilmişlerdir. Çalışmanın ardından, müdahale grubundaki katılımcıların günlük yağ ve kalori alımında azalma, diyetle ilgili öz etkinliğin artması, kilo yönetiminde daha az güçlük yaşama ve daha fazla kilo verme görülmüştür. Dalen vd. (2010)'nın yürüttüğü araştırmada ise Mindful Eating and Living (MEAL) uygulanmıştır. Farkındalık meditasyonu, farkındalık yeme ve beden duyuları, duygular ile yeme tetikleyicilerinin farkına varma alanlarında 10 kişi ile pilot çalışma yürütülmüştür. Araştırma sonucunda yeme farkındalığı ve bilişsel kısıtlama ölçümlerinde artış; fiziksel semptomlar, algılanan stres, vücut kitle endeksi ve C-reaktif proteinde istatistiksel olarak anlamlı düşüşler görülmüştür. Özellikle araştırmalara katılan katılımcılar bilinçli yeme konularına olan ilgilerinin arttığını, kendi yeme alışkanlıklarına dikkat çektiklerini ve bu kavramla tanıştıkları için minnettar olduklarını ifade etmiştir. Mevcut çalışmadaki bulgunun aksine farkındalık yeme ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Söz konusu çalışmada bilinçli yemenin genellikle kilo kontrolü için kullanılması anlamlı bir fark çıkmamasında olası etkenlerden biri olarak açıklanmıştır (Chetluru, 2018). Bu bağlamda bilinçli yeme uygulamalarının bireyin özellikleri ve/veya belirli yeme bağamlarına bağlı olarak değişebileceğini; bilinçli yeme uygulamalarından verim alınabilmesi için kişiselleştirilmiş yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Tapper, 2022). Avustralyalı lise öğrencileri ile gerçekleşen farkındalık temelli bir önleme programında mevcut farkındalık müfredatının randomize kontrollü bir tasarım dahilinde depresyon, anksiyete, refah, duygu regülasyonu, öz-şefkat ve yeme bozukluğu gibi çeşitli sonuç ölçütleriyle ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda müdahaleyi alan bireylerin bir kısmı, farkındalık faaliyetlerinin üstlenilmesiyle bağlantılı olarak duygusal durumlara dair bilincin artması nedeniyle daha yüksek düzeyde kaygı bildirmiş ve kontrol grubuna göre herhangi bir yarar görmedikleri

bulunmuştur. (Johnson, Burke, Brinkman ve Wade, 2016). Mevcut araştırmada katılımcıların farkındalık veya bilinçli yeme konusunda fikir sahibi olup olmadıklarına yönelik herhangi bir bilgi alınmamıştır. Bu nedenle, bilinçli yeme anketinde diğerlerine göre yüksek puan dahi almış olsalar, uygulamaların farkında olmayabilecekleri düşünülmüştür.

Araştırmada yeme farkındalığının yeme bozukluğunu anlamlı ve negatif yönde yordadığı bulunmuştur. Alanyazında yeme farkındalığının yordayıcı rolüne dair yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak ilişkili alan yazın bulguları içinde farkındalık temelli grup müdahalelerinin gıda üzerinde “kontrol”ün arttırılmasında ve aşırı yeme sıklığının azaltılmasında etkin rol oynadığına ilişkin bir çalışmaya erişilmiştir (Kristeller, Baer ve Quillian-Wolever, 2006). Kristeller ve Hallet (199) tarafından 18 obez kadın ile tıknırcasına yeme bozukluğunun tedavisi amacıyla altı hafta boyunca yürütülen farkındalık yeme müdahale araştırmasında, katılımcıların yeme üzerindeki kontrol dereceleri ile açlık ve tokluk sinyallerinin farkındalığının arttığı bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise Proulx (2008) ise yeme farkındalığı müdahalelerinin, öz farkındalık ve kabullenme hissini arttırdığını, duygusal sıkıntıyı azalttığını ve stresi regüle etme kapasitesini arttırdığını ifade etmiştir. Tüm bu eksiklikler göz önüne alındığında yeme farkındalığı ve yeme farkındalığı müdahale programlarının, yeme bozuklukları üzerindeki yordayıcı etkisine dair çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada, aynı zamanda kadın olmanın ve özel bir beslenme programına sahip olmanın da yeme bozukluğu belirtilerini anlamlı ve pozitif yönde yordadığı görülmektedir. Kadın ve özel bir diyet/beslenme programına sahip olan katılımcıların yeme bozuklukları ölçeği puanı diğer katılımcılardan anlamlı oranda yüksektir. Alanyazında cinsiyet ve özel beslenme programına sahip olmanın yordayıcı gücüne dair çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Tarafından yürütülen boylamsal bir çalışmada beş yıl boyunca takip edilen ergen katılımcıların diyet yapmasının ve sağlıklı kilo kontrolü yöntemlerinin yeme bozukluğu davranışlarını ve obeziteyi yordadığı saptanmıştır. (Neumark-Sztainer vd., 2006). Aynı zamanda APA’nın (2016) yılında yayınladığı raporunda diyet yapmanın yeme bozuklukları içi bir risk faktörü sayıldığını belirtmiştir. Bunun yanı sıra, kadınlarda yeme bozukluğunun daha fazla rastlandığını gösteren birçok araştırma olmasına rağmen cinsiyetin yordayıcı gücüne yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

6 SINIRLILIKLAR, SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 SINIRLILIKLAR

Mevcut çalışmada kartopu örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Bu yöntem evrenin temsiliyetini sınırlayabileceğinden yanlı sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Kadın katılımcı oranı ile erkek katılımcı oranı arasında farklılık olduğu göze çarpmaktadır. Genel nüfusu temsiliyet açısından kadın ve erkek katılımcı sayısının homojen dağılım gösterdiği çalışmalara ağırlık verilebilir. Ayrıca öz bildirim ölçeklerinden faydalanılmış olması araştırmanın bir kısıtlılığı olarak görülmektedir. Öz bildirime dayalı ölçüm araçlarının kullanılması katılımcıların kendilerini taraflı bir şekilde yansıtmalarına; istedik yönde ve sosyal albenisi yüksek yanıtlar verme eğilimi göstermelerine neden olmaktadır (Althubaiti, 2016).

6.2 SONUÇ VE ÖNERİLER

18-60 yaş arası 352 katılımcı ile araştırma çalışması yürütülmüştür. Katılımcı Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu, Duygu Düzenleme Ölçeği– Kısa Formu (DDGÖ– 16), Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ– 30) ve Yeme Bozuklukları Ölçeği- Kısa Formu (EDE- Q- 13) veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Kadın katılımcıların yeme bozukluğu toplam puanı erkek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Diyet ya da özel bir beslenme tarzına sahip olan katılımcıların yeme bozukluğu toplam puanı uygulamayanlara göre; daha önce yeme bozukluğu öyküsü olan katılımcıların yeme bozukluğu toplam puanı yeme bozukluğu öyküsü olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Yeme bozuklukları ile duygu düzenleme güçlüklerinin pozitif yönde, yeme farkındalığı ile yeme bozukluklarının ise negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, duygu düzenleme güçlüğüne pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde; yeme farkındalığının yeme bozukluğunu negatif yönlü ve anlamlı düzeyde %21 oranında yordama gücüne sahip olduğu görülmüştür. Yeme farkındalığı alt boyutlarının kısıtlı yeme boyutunu anlamlı düzeyde yordadığı ve duygu düzenleme güçlüğüne daha güçlü yordayıcılar olduğu tespit edilmiştir.

Yeme bozuklukları alanında Türk alanyazında yapılan araştırmaların oldukça kısıtlı; “yeme farkındalığı” kavramına yönelik çalışmaların ise yok denecek kadar az olduğu fark edilmiştir. Türkiye’de de çok az sayıda kuruluş, tedavi merkezi veya araştırma enstitüsü yeme patolojilerini araştırma, tedavi etme ya da nleme üzerinde durmaktadır. Yeme bozukluğu davranışını belirleyen faktörleri incelemenin hem alanda çalışan klinisyenlere yol göstereceği hem de diğer potansiyel faktörler için bir kılavuz oluşturabileceği dşnlmektedir.

Bilinçli farkındalığa odaklanan çalışmalara sıklıkla rastlanılsa da bilinçli yeme yapısını ele alan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. 18-60 yaş aralığında yeme farkındalığına dair yürütülen bu alışma Türkiye’deki ilk örneklerdendir. Çalışmanın bulguları klinik olmayan ortamlarda bilinçli yeme ve yeme bozukluğunun tedavisi açısından önem taşımaktadır. Fakat oklu bileşenler bilinçli yeme müdahaleleri ile programlarda işe yarayan/iħmal edilenleri belirlemede tutarsızlıklara yol açmakta ve eş değişkenlik sorunu yaratabilmektedir. Bilinçli farkındalık çalışmalarının artışını tartışan geçmiş alanyazının, metodolojik titizliğini bilinçli yeme için de sergilemesi ve “bilinçli yeme”nin tanımı üzerinde fikir birliğine ulaşılması gerekmektedir (Van Dam vd., 2018).

Alanyazında “aşırı yeme” ölçümünün nasıl tanımlanacağı konusunda bazı soru işaretleri yer almaktadır. Bir şeyin aşırı yeme olarak tanımlanabilmesi için ne kadar gıda/kalori tüketilmesi gerekmektedir? Gıdanın türü ya da yeme hızı önem taşımakta mıdır? Aşırı yeme sonucunda görülmesi beklenen belirtiler neler olmalıdır? Kimi uzmanlar bu soruların yanıtlarının DSM 5’te dahi henüz tanımlanmamış olmasının problem yarattığını belirtmektedir (Stunkard ve Allison, 2003). Tıkınırcasına yeme ve kilo verme ile ilgili araştırmaların çoğunda kontrol grubunun olmaması ve farkındalıktaki değişimin ölçülememesi, takip sürecinin kısıtlılığı ve uzun vadeli başarıyı ölçmenin güçlüğü ne çıkmaktadır.

Yeme bozukluklarına dair araştırmaların orta yaş ve üzeri kişilerde genellikle büyük klinik örneklemlerden ziyade genel örneklem ya da vaka raporlarından elde edildiği görülmektedir. Orta yaş ve üzeri erkek katılımcılarla gerçekleştirilecek yeme patolojilerine ilişkin çalışmaların da geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca klinik ve klinik olmayan örneklem arası boylamsal çalışmalar ile her bir yeme bozukluğunu yüksek metodolojik titizliğe sahip deneysel araştırmalar ve temel etki mekanizmaları bakımından inceleyen araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Az sayıdaki kontrollü müdahale çalışmalarına rağmen, müdahalenin boylamsal etkileri hakkında bilgi yok denecek kadar azdır.

Öte yandan konunun başka bir açıdan da önemle ele alınması gerekli görülmektedir. Yeme bozuklukları ülkelerin ekonomisine de ağır bir darbe vurmaktadır. 2019 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yeme bozukluklarının toplam maliyetinin 64,7 milyar dolara ulaştığı ve yeme bozuklukları ile ilişkili refah bozulmasının 326,5 milyar dolar olduğu belirtilmektedir (Streatfeild vd., 2021): Bulimiya nervozanın mali yükümlülükleri de oldukça yüksektir. Crow vd. (2009) bulimiya nervozalı hastaların gıda tüketimi ile ilgili harcamalarını araştırdıkları çalışmalarında, toplam yıllık gıda maliyetinin %32.7'sinin aşırı yeme ve kusma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca acil servisi sıklıkla kullanmak zorunda kalan bulimiya nervozalı hastaların yıllık sağlık bakım masraflarının da %48 yükseldiği tespit edilmiştir (Van Hoeken ve Hoek, 2020). Kişiler tedavi gördüğünde dahi intihar oranları yüksek seyredebilse de maladaptif yeme tutumunun erken tespiti ve yeme bozukluklarının önlenmesi, tespitin müdahaleye sebep olduğu durumlarda kişiler, aileleri, bakıcılar, uzmanlar ve toplum üzerinde olumlu etkiler yaratacaktır (Engel vd., 2009; Forcano vd., 2011). Bu alanlarda yapılacak müdahale çalışmalarının ülkelerin ekonomik ve toplumsal yararına olacağı düşünülmektedir.

Koruyucu ve önleyici hizmetlerin sağaltıcı etkisi göz önüne alındığında sürekliliği sağlamanın önemi anlaşılmaktadır. Yeme bozukluğu tanılı hastalarda ne yazık ki nüksü önlemeye yönelik yapılandırılmış yöntemler alanyazında oldukça kısıtlıdır. Hastalığın ilk 3 yılında erken tanı ve müdahale, iyileşmeyi kolaylaştırmaktadır (Hart, Granillo, Jorm ve Paxton, 2011). Anoreksiya nervoza tanılı kişiler için klinisyenler ve hastaların kullanabileceği Anoreksiya Nervoza Nüks Önleme Kılavuzu (GRP) geliştirilmiştir (Berends, van Meijel ve van Elburg, 2010). Bilişsel Davranışçı Terapi ile bulimiya nervozanın nüksünü önleme prosedürü geliştiren Mitchell vd. (2004) de süreçten verim aldıklarını ifade etmiştir. İnternet tabanlı bilişsel davranış terapisi ile yeme bozukluklarının tedavisinin araştırıldığı güncel bir çalışmada da tedavi çalışmaları klinik anlamlılığa ulaşmış ve zihinsel semptomlar davranışsal semptomlardan daha fazla iyileşmiştir. Ancak tedavi ve nüks önleme için kanıt tabanı oldukça küçük olduğundan bu alandaki eksikliklere yoğunlaşmak gerekmektedir (Hamid, 2024). Ayrıca önleme programlarının ağırlığı anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozaya vermesi ve “Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu”, “Arınma Bozukluğu”, “Tanımlanmamış Beslenme ya da Yeme Bozukluğu” ve “Diğer Tanımlanmış Beslenme veya Yeme Bozukluğu” tanı yelpazesinde uygulanabilirliğini kısıtlamakta; kapsayıcılığını azaltmaktadır.

Dijital dünyanın hayatımıza her geçen gün daha fazla entegre olması ile teknolojinin terapi hizmetlerindeki yeri de tartışılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalara göre mobil cihazlar ve akıllı telefonların yaygınlığı, yeme bozukluğu belirtilerinin takip edilmesini kolaylaştırmakta ve desteklemekte (Fairburn ve Rothwell, 2015; Tregarthen vd., 2015); yüz yüze terapi ile ilişkili damgalanmayı minimum düzeye indirgemektedir (Juarascio, Goldstein, Manasse, Forman ve Butryn, 2015). Mobil uygulamalar kişilerin ruh hallerini, bilişlerini, fiziksel aktivite düzeylerini ve yeme davranışlarını izlemelerine yardımcı olmakta (Tregarthen vd., 2015); ilerlemelerini ruh sağlığı uzmanları ile paylaşımlarına ve psikoeğitim materyallerine erişmelerine olanak sağlamaktadır (Fairburn ve Patel, 2017). Yeme bozuklukları ve yeme farkındalığı başlıklarında Türkçe dil erişimi sağlayan herhangi bir uygulamaya rastlanmamıştır. Yurt dışında sıklıkla tercih edilen bu uygulamaların (Guluzade ve Sas, 2024) Türkiye’de de geliştirilip uygulanmasının alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Adam, T. C. ve Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & behavior*, 91(4), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>
- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T. ve Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive–behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459–466. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.459>
- Albers, S. (2008). *Eat, drink and be mindful: How to end your struggle with mindless eating and start savoring food with intention and joy*. Oakland: New Harbringer Publications.
- Alberts, H. J., Thewissen, R. ve Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847–851. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.009>
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. ve Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 50(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Allen, V. C. ve Windsor, T. D. (2019). Age differences in the use of emotion regulation strategies derived from the process model of emotion regulation: a systematic review. *Aging & mental health*, 23(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1396575>
- Allison, S. ve Timmerman, G. M. (2007). Anatomy of a binge: food environment and characteristics of nonpurge binge episodes. *Eating behaviors*, 8(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.01.004>
- Althubaiti A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 211–217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 4–54.

- American Psychological Association (APA). (n.d.). *Eating*. Retrieved August 31, 2020, from <https://www.apa.org/topics/eating>
- Anderson, D. A., Schaumberg, K., Anderson, L. M. ve Reilly, E. E. (2015). Is level of intuitive eating associated with plate size effects?. *Eating behaviors*, 18, 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.005>
- Andrade, A. M., Greene, G. W. ve Melanson, K. J. (2008). Eating slowly led to decreases in energy intake within meals in healthy women. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(7), 1186–1191. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.04.026>
- Anorexia & Bulimia Care. (t.y.). About Eating Disorders | Anorexia & Bulimia Care. Retrieved 8 June 2021, from <https://www.anorexiabulimiare.org.uk/about/about-eating-disorders>
- Asarian, L. ve Geary, N. (2006). Modulation of appetite by gonadal steroid hormones. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 361(1471), 1251-1263.
- Attia E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 61, 425–435. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.050208.200745>
- Augustine, A. A. ve Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23(6), 1181–1220. <https://doi.org/10.1080/02699930802396556>
- Ayaz, A. (2021). *18-65 yaş arası bireylerin yeme tutumu ve farkındalığının araştırılması* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D. ve Keim, N. L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(6), 929–936. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.03.011>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. ve Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. ve Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness and acceptance based treatment approaches. Baer, E. (Ed.) içinde, *Mindfulnessbased treatment approaches* (s. 3–27). Burlington: Elsevier.
- Bakland, M., Rosenvinge, J. H., Wynn, R., Sundgot-Borgen, J., Fostervold Mathisen, T., Liabo, K., Hanssen, T. A. ve Pettersen, G. (2019). Patients' views on a new treatment for Bulimia nervosa and binge eating disorder combining physical exercise and dietary therapy (the

- PED-t). A qualitative study. *Eating disorders*, 27(6), 503–520.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560847>
- Barry, D. T., Grilo, C. M. ve Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 31(1), 63–70.
<https://doi.org/10.1002/eat.1112>
- Beat (2015). The cost of eating disorders; social, health and economic impacts. Available at: <https://www.beateatingdisorders.org.uk/uploads/documents/2017/10/the-costs-of-eating-disorders-final-original.pdf>. Accessed at April 29 2020.
- Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J. ve Zwickey, H. L. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health and Prevention*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.001>
- Berends, T., van de Lagemaat, M., van Meijel, B., Coenen, J., Hoek, H. W. ve van Elburg, A. A. (2018). Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. *International journal of mental health nursing*, 27(5), 1546–1555.
<https://doi.org/10.1111/inm.12456>
- Beshara, M., Hutchinson, A. D. ve Wilson, C. (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, 67, 25–29.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.012>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H. ve Gratz, K. L. (2016). Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38(2), 284–296.
<https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Bibiloni, M. D., Coll, J. L., Pich, J., Pons, A. ve Tur, J. A. (2017). Body image satisfaction and weight concerns among a Mediterranean adult population. *BMC public health*, 17(1), 39.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3919-7>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. ve Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blass, E. M., Anderson, D. R., Kirkorian, H. L., Pempek, T. A., Price, I. ve Koleini, M. F. (2006). On the road to obesity: Television viewing increases intake of high-density

- foods. *Physiology&behavior*, 88(4-5),597–604.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.05.035>
- Blinder, B., J. ve Chao, K. H. (1994). *Bulimia Nervosa/Obesity: A Historical Overview*.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W. ve Friederich, H. C. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 496–501. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.003>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. ve Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 565–571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Bruce, K. R., Koerner, N. M., Steiger, H. ve Young, S. N. (2003). Laxative misuse and behavioral disinhibition in bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 33(1), 92–97. <https://doi.org/10.1002/eat.10116>
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books: New York.
- Bruch, H. (1982). Psychotherapy in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1(4), 3–14. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198222\)1:4<3::aid-eat2260010402>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198222)1:4<3::aid-eat2260010402>3.0.co;2-d)
- Bussolotti, D., Fernández-Aranda, F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Turón, V. ve Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders: an analysis of its relevance. *Journal of psychosomatic research*, 53(6), 1139–1145. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00336-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00336-7)
- Button, E. J., Benson, E., Nollett, C. ve Palmer, R. L. (2005). Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): Patterns of service use in an eating disorders service. *Psychiatric Bulletin*, 29(4), 134–136. <https://doi.org/10.1192/pb.29.4.134>
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. ve Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 37(4), 321–329. <https://doi.org/10.1002/eat.20132>
- Carlat, D. J., Camargo, C. A., Jr ve Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *The American journal of psychiatry*, 154(8), 1127–1132. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1127>
- Castillo, M. ve Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>

- CDC. (2008, Ekim). Preventing Chronic Disease: October 2008: 07_0164. Retrieved 8 June 2021, from https://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/07_0164.htm
- Chetluru, S. S. (2018). *Mindful Eating and Eating Pathology: Correlation between the Mindful Eating Questionnaire and the Eating Disorder Inventory- 3rd Edition* (Yüksek Lisans Tezi). Western Kentucky University, US.
- Chiaranai, C., Chularee, S. ve Srithongluang, S. (2018). Older people living with chronic illness. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 39(5), 513–520. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.004>
- Christodoulou, E., Markopoulou, V. ve Koutelidakis, A. E. (2024). Exploring the Link between Mindful Eating, Instagram Engagement, and Eating Disorders: A Focus on Orthorexia Nervosa. *Psychiatry International*, 5(1), 27-38. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5010003>
- Chin, Y. S., Appukutty, M., Kagawa, M., Gan, W. Y., Wong, J. E., Poh, B. K., Mohd Shariff, Z. ve Mohd Taib, M. N. (2020). Comparison of Factors Associated with Disordered Eating between Male and Female Malaysian University Students. *Nutrients*, 12(2), 318. <https://doi.org/10.3390/nu12020318>
- Clifford, D., Keeler, L., Gray, K., Steingrube, A. ve Neyman, M. (2010). Weight attitudes predict eating competence among college students. *Family & Consumer Sciences Research Journal*, 39(2), 184-192. doi:10.1111/j.1552-3934.2010.02056.x.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive-Emotional-Behavioural Therapy for the Eating Disorders: Working with Beliefs about Emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448–461. <https://doi.org/10.1002/erv.747>
- Couturier, J., Isserlin, L. ve Lock, J. (2010). Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. *Eating disorders*, 18(3), 199–209. <https://doi.org/10.1080/10640261003719443>
- Crow, S. J., Frisch, M. J., Peterson, C. B., Croll, J., Raatz, S. K. ve Nyman, J. A. (2009). Monetary costs associated with bulimia. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 81–83. <https://doi.org/10.1002/eat.20581>
- Cummings, D. E. ve Overduin, J. (2007). Gastrointestinal regulation of food intake. *The Journal of clinical investigation*, 117(1), 13–23. <https://doi.org/10.1172/JCI30227>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L. ve Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with

- obesity. *Complementary therapies in medicine*, 18(6), 260–264.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>
- Daly, M. ve Costigan, E. (2022). Trends in eating disorder risk among U.S. college students, 2013-2021. *Psychiatry research*, 317, 114882.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114882>
- Darcy, A. M. ve Lin, I. H. (2012). Are we asking the right questions? A review of assessment of males with eating disorders. *Eating disorders*, 20(5), 416–426.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715521>
- Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E. ve Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological medicine*, 24(4), 957–967. <https://doi.org/10.1017/s0033291700029044>
- de Graaf, C., Blom, W. A., Smeets, P. A., Stafleu, A. ve Hendriks, H. F. (2004). Biomarkers of satiation and satiety. *The American journal of clinical nutrition*, 79(6), 946–961.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/79.6.946>
- Demir, T., Demir, D. E., Kayaalp, M. L., Büyükkal, B. (1998). Yeme bozukluğu olan ergenlerin sosyodemografik, ailesel ve kişisel özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(4): 257-264.
- Dodge, K. A. ve Garber, J. (1991). *Domains of emotion regulation*. J. Garberand ve K. A. Dodge (Ed.) içinde, *The development of emotion regulation and dysregulation* (s. 3-14). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dolan R. J. (2002). Emotion, cognition, and behavior. *Science (New York, N.Y.)*, 298(5596), 1191–1194. <https://doi.org/10.1126/science.1076358>
- DSM-5 (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Pub, American Psychiatric Association.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. ve Stubbs, R. J. (2017). Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 01437–01447.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2094>
- Dynesen, A. W., Bardow, A., Petersson, B., Nielsen, L. R. ve Nauntofte, B. (2008). Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 106(5), 696–707.
<https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2008.07.003>
- Eckel, L. A. (2011). The ovarian hormone estradiol plays a crucial role in the control of food intake in females. *Physiology & behavior*, 104(4), 517-524.

- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3-4), 169–200. <https://doi.org/10.1080/02699939208411068>
- Ekman P. (2016). What Scientists Who Study Emotion Agree About. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 11(1), 31–34. <https://doi.org/10.1177/1745691615596992>
- Engel, S. G., Adair, C. E., Las Hayas, C. ve Abraham, S. (2009). Health-related quality of life and eating disorders: a review and update. *The International journal of eating disorders*, 42(2), 179–187. <https://doi.org/10.1002/eat.20602>
- Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Skårderud, F. ve Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 20(6), 451–460. <https://doi.org/10.1002/erv.2183>
- Esin, K. ve Ayyıldız, F. (2022). Validity and reliability of the Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q-13): short-form of EDE-Q. *Journal of eating disorders*, 10(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00628-4>
- Fairburn C., Marcus M., Wilson G. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn CG, Wilson GT editor(s). Binge eating: Nature, assessment and treatment. New York, NY: Guilford Press, 361-404.
- Fairburn, C. G., Cooper P., J. (1989). Eating disorders. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM editor(s). Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 277-314.
- Fairburn, C. G. ve Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?. *The International journal of eating disorders*, 16(4), 363–370.
- Fairburn, C. G. ve Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour research and therapy*, 43(6), 691–701. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.011>
- Fairburn, C. G. ve Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A. ve Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients

- with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *The American journal of psychiatry*, 166(3), 311–319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Fairburn, C. G. ve Rothwell, E. R. (2015). Apps and eating disorders: A systematic clinical appraisal. *The International journal of eating disorders*, 48(7), 1038–1046. <https://doi.org/10.1002/eat.22398>
- Fairburn, C. G. ve Patel, V. (2017). The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. *Behaviour research and therapy*, 88, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.012>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., Accurso, E. C., Pisetsky, E. M., Peterson, C. B., Byrne, C. E. ve Le Grange, D. (2014). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, depressive symptoms, and self-esteem among treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 22(4), 230–236. <https://doi.org/10.1002/erv.2297>
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kit, B. K. ve Ogden, C. L. (2012). Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*, 307(5), 491–497. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.39>
- Fletcher, M. (2010). Understanding Mindful Eating. *Weight Management Matters*, 7(4), 1-3.
- Flett, G. L., Newby, J., Hewitt, P. L. ve Persaud, C. (2011). Perfectionistic automatic thoughts, trait perfectionism, and bulimic automatic thoughts in young women. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(3), 192–206. <https://doi.org/10.1007/s10942-011-0135-3>
- Forcano, L., Alvarez, E., Santamaría, J. J., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Alonso, P., Sánchez, I., Menchón, J. M., Ulman, F., Bulik, C. M. ve Fernández-Aranda, F. (2011). Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 352–358. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.09.003>
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S. ve Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Fridlund, A. J. (1994). *Human Facial Expression: An Evolutionary View*. San Diego: Academic Press.
- Furnham, A., Titman, P. ve Sleeman, E. (1994). Perception of female body shapes as a function of exercise. *Journal of Social Behavior & Personality*, 9(2), 335–352.
- Garber, A. K., ve Lustig, R. H. (2011). Is fast food addictive?. *Current drug abuse reviews*, 4(3), 146–162. <https://doi.org/10.2174/1874473711104030146>

- García-Segovia, P., Harrington, R. J. ve Seo, H. S. (2015). Influences of table setting and eating location on food acceptance and intake. *Food Quality and Preference*, 39, 1-7.
- Garner, P. W., ve Spears, F. M. (2000). Emotion regulation in low-income preschoolers. *Social Development*, 9(2), 246–264. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00122>
- Geliebter, A. ve Hashim, S. A. (2001). Gastric capacity in normal, obese, and bulimic women. *Physiology & behavior*, 74(4-5), 743–746. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(01\)00619-9](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(01)00619-9)
- Geller, J., Cockell, S. J. ve Drab, D. L. (2001). Assessing readiness for change in the eating disorders: The psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychological Assessment*, 13(2), 189–198. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.189>
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. ve Jeczmiën, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency?. *Depression and anxiety*, 23(6), 331–339. <https://doi.org/10.1002/da.20163>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gore, S. A., Foster, J. A., DiLillo, V. G., Kirk, K. ve Smith West, D. (2003). Television viewing and snacking. *Eating behaviors*, 4(4), 399–405. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00053-9](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00053-9)
- Gorwood, P., Kipman, A. ve Foulon, C. (2003). The human genetics of anorexia nervosa. *European journal of pharmacology*, 480(1-3), 163–170. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2003.08.103>
- le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J. ve Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 64(9), 1049–1056. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.9.1049>
- Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greeson, J., Brantley, J., Ekblad, A., Fikkan, J., Lynch, T., Smoski, M., & Wolever, R. (2009). Mechanisms linking mindfulness, emotional experience, and sleep quality. *EXPLORE*, 5(3), 161-162.

- Grider, H. S., Douglas, S. M. ve Raynor, H. A. (2021). The Influence of Mindful Eating and/or Intuitive Eating Approaches on Dietary Intake: A Systematic Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(4), 709–727.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.10.019>
- Grilo, C. (2006). *Eating and weight disorders*. New York: Psychology Press.
- Gross J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130–137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J. ve Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J., & Thompson, R. A. (2007). Conceptual foundations for the field. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York: Guilford.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. ve Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Guluzade, L. ve Sas, C. (2024, Temmuz). Functionality and User Review Analysis of Mobile Apps for Mindfulness Eating and Eating Disorders. In *Proceedings of the 2024 ACM Designing Interactive Systems Conference* (pp. 1350-1371).
- Guinard, J. X. ve Brun, P. (1998). Sensory-specific satiety: comparison of taste and texture effects. *Appetite*, 31(2), 141–157. <https://doi.org/10.1006/appe.1998.0159>
- Gül, Ö. (2023). *Yetişkin bireylerde sosyal medya bağımlılığı ve yeme bozukluğu ilişkisi* (Yüksek lisans tezi). Erişilen veri tabanı: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>. (Tez No: 807994).
- Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., Touyz, S. ve Maguire, S. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of eating disorders*, 10(1), 132.

- Hamid, N. (2024). Internet-based cognitive behaviour therapy for the prevention, treatment and relapse prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *PsyCh journal*, 13(1), 5–18. <https://doi.org/10.1002/pchj.715>
- Han, S. ve Pistole, M. C. (2014). College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. *Journal of College Student Development*, 55, 16–29. doi:10.1353/csd.2014.0004
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. ve Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*, 40(11), 1887–1897. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000036>
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. ve Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 348–356. <https://doi.org/10.1002/cpp.628>
- Harrison, K. ve Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47(1), 40–67. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1997.tb02692.x>
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F. ve Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical psychology review*, 31(5), 727–735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>
- Hay, P. J., Mond, J., Buttner, P. ve Darby, A. (2008). Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PloS one*, 3(2), e1541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001541>
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., Ward, W. ve Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48(11), 977–1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. ve Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (Vol. 6). New York: Guilford press.
- Heck, A. L. ve Handa, R. J. (2019). Sex differences in the hypothalamic–pituitary–adrenal axis’ response to stress: an important role for gonadal hormones. *Neuropsychopharmacology*, 44(1), 45–58.

- Herbert, B. M., Blechert, J., Hautzinger, M., Matthias, E. ve Herbert, C. (2013). Intuitive eating is associated with interoceptive sensitivity. Effects on body mass index. *Appetite*, 70, 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.082>
- Hetherington, M. M. (2007). Cues to overeat: psychological factors influencing overconsumption. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 66(1), 113–123. <https://doi.org/10.1017/S0029665107005344>
- Hetherington, M. M., Anderson, A. S., Norton, G. N. ve Newson, L. (2006). Situational effects on meal intake: A comparison of eating alone and eating with others. *Physiology & behavior*, 88(4-5), 498–505. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.04.025>
- Hetherington, M. M., Altemus, M., Nelson, M. L., Bernat, A. S. ve Gold, P. W. (1994). Eating behavior in bulimia nervosa: multiple meal analyses. *The American journal of clinical nutrition*, 60(6), 864–873. <https://doi.org/10.1093/ajcn/60.6.864>
- Hildebrandt, T., Michaelides, A., Mayhew, M., Greif, R., Sysko, R., Toro-Ramos, T. ve DeBar, L. (2020). Randomized Controlled Trial Comparing Health Coach-Delivered Smartphone-Guided Self-Help With Standard Care for Adults With Binge Eating. *The American journal of psychiatry*, 177(2), 134–142. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19020184>
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 389–394. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78>
- Hoek W.H.: Distribution of Eating Disorders. In: Fairburn C.G, Brownell K.D (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2nd ed. New York, The Guildford Press, 2002, pp. 233-246.
- Holliday, J., Uher, R., Landau, S., Collier, D. ve Treasure, J. (2006). Personality pathology among individuals with a lifetime history of anorexia nervosa. *Journal of personality disorders*, 20(4), 417–430. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.4.417>
- Hsu, L. K. G. (1990). *Eating Disorders*. Guilford Press: New York.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr ve Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hulbert-Williams, L., Nicholls, W., Joy, J. ve Hulbert-Williams, N. (2014). Initial validation of the Mindful Eating Scale. *Mindfulness*, 5(6), 719–729. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0227-5>

- Hussain, M., Egan, H., Keyte, R., Strachan, R., Tahrani, A. A. ve Mantzios, M. (2023). Exploring the association between self-compassion, mindfulness and mindful eating with eating behaviours amongst patients with obesity. *Nutrition and health*, 29(4), 683–693. <https://doi.org/10.1177/02601060221094671>
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M. ve Wilfley, D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current psychiatry reports*, 14(4), 432–446. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0277-8>
- Rutherford, J., McGuffin, P., Katz, R. J. ve Murray, R. M. (1993). Genetic influences on eating attitudes in a normal female twin population. *Psychological medicine*, 23(2), 425–436. <https://doi.org/10.1017/s003329170002852x>
- Jacob, J. S. ve Panwar, N. (2023). Effect of age and gender on dietary patterns, mindful eating, body image and confidence. *BMC psychology*, 11(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01290-4>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. ve Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Jacobs, J., Cardaciotto, L., Block-Lerner, J. ve McMahon, C. (2013). A pilot study of a single-session training to promote mindful eating. *Advances in mind-body medicine*, 27(2), 18–23.
- Jacobs, M. J., Welch, R. R. ve Wilfley, D. E. (2004). Interpersonal Psychotherapy for Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder. In *Clinical Handbook of Eating Disorders*. CRC Press.
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S. ve Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour research and therapy*, 81, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.002>
- Juarascio, A. S., Goldstein, S. P., Manasse, S. M., Forman, E. M. ve Butryn, M. L. (2015). Perceptions of the feasibility and acceptability of a smartphone application for the treatment of binge eating disorders: Qualitative feedback from a user population and clinicians. *International journal of medical informatics*, 84(10), 808–816. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.06.004>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and

- preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33–47.
[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kaluski, D. N., Natamba, B. K., Goldsmith, R., Shimony, T. ve Berry, E. M. (2008). Determinants of disordered eating behaviors among Israeli adolescent girls. *Eating disorders*, 16(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/10640260801887303>
- Kearney, D. J., Milton, M. L., Malte, C. A., McDermott, K. A., Martinez, M. ve Simpson, T. L. (2012). Participation in mindfulness-based stress reduction is not associated with reductions in emotional eating or uncontrolled eating. *Nutrition research (New York, N.Y.)*, 32(6), 413–420. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2012.05.008>
- Kerin, J. L., Webb, H. J. ve Zimmer-Gembeck, M. J. (2019). Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite*, 132, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.10.011>
- Keshaviah, A., Edkins, K., Hastings, E. R., Krishna, M., Franko, D. L., Herzog, D. B., Thomas, J. J., Murray, H. B. ve Eddy, K. T. (2014). Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: a meta-analysis redux. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1773–1784. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.017>
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., ... ve Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological medicine*, 39(5), 823–831.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. C., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kitiş, Ç. (2019). *Hastanelerin Diyet Polikliniklerine Başvuran Hastaların Yeme Tutumları ve Yeme Farkındalıklarının Belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Erişilen veri tabanı: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>. (Tez No: 568727).
- Kjelsås, E. ve Augestad, L. B. (2004). Gender, eating behavior, and personality characteristics in physically active students. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 14(4), 258–268. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2003.00343.x>
- Kline, R.B. (2011) *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Press, New York.

- Klump K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies. *Hormones and behavior*, 64(2), 399–410. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.019>
- Klump, K. L., Culbert, K. M. ve Sisk, C. L. (2017). Sex differences in binge eating: Gonadal hormone effects across development. *Annual review of clinical psychology*, 13(1), 183–207.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A. ve Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In R. Baer (Ed.), *Mindfulness and acceptance- based interventions: Conceptualization, application, and empirical support* (pp. 75–89). San Diego, CA: Elsevier.
- Kristeller, J. L. ve Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357–363.
- Kristeller, J. L. ve Jordan, K. D. (2018). Mindful Eating: Connecting With the Wise Self, the Spiritual Self. *Frontiers in psychology*, 9, 1271. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01271>
- Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. ve Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473–479. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.014>
- Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S. ve Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00758-3>
- Koole, S. L. (2010) Cognition and emotion: reviews of current research and theories. 2nd edition. Edited by Houwerand, J. D. and Hermans, D. New York: Taylor and Francis Group, pp.128-167.
- Köse, G., Tayfur, M., Birincioğlu, İ., & Dönmez, A. (2016). Yeme farkındalığı ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 125-134.
- Krautter, T. ve Lock, J. (2004). Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment. *Journal of Family Therapy*, 26(1), 66–82. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2004.00267.x>

- Kristeller, J. L. ve Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357–363. <https://doi.org/10.1177/135910539900400305>
- Laitinen, J., Ek, E. ve Sovio, U. (2002). Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive medicine*, 34(1), 29–39. <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0948>
- Langer, E. J. (1992). Matters of mind: Mindfulness/mindlessness in perspective. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 1(4), 289–305. [https://doi.org/10.1016/1053-8100\(92\)90066-J](https://doi.org/10.1016/1053-8100(92)90066-J)
- Lavender, J. M. ve Anderson, D. A. (2010). Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *The International journal of eating disorders*, 43(4), 352–357. <https://doi.org/10.1002/eat.20705>
- Le Grange, D. ve Eisler, I. (1993). The link between anorexia nervosa and excessive exercise: A review. *European Eating Disorders Review*, 1(2), 100-119.
- Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J. ve Merikangas, K. R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *The International journal of eating disorders*, 45(5), 711–718. <https://doi.org/10.1002/eat.22006>
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K. ve Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181–196. <https://doi.org/10.1023/A:1021649314458>
- Leone, T., Pliner, P. ve Peter Herman, C. (2007). Influence of clear versus ambiguous normative information on food intake. *Appetite*, 49(1), 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.11.005>
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S. ve Tchanturia, K. (2022). The Role of Emotion Regulation in Eating Disorders: A Network Meta-Analysis Approach. *Frontiers in psychiatry*, 13, 793094. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.793094>
- Lev-Ari, L., Bachner-Melman, R. ve Zohar, A. H. (2021). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q-13): expanding on the short form. *Journal of eating disorders*, 9(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00403-x>
- Lewis, C. T. ve Short, C. (1900). *A Latin Dictionary Founded on the Andrew's Edition of Freund's Latin Dictionary*. Publisher: Oxford at the Clarendon Press.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press. London, U.K.
- Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Cabras, P. L., Faravelli, C. ve Ricca, V. (2008). Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and eating disorders. *Neuropsychobiology*, 57(3), 95-115.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S. ve Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa*. New York: The Guilford Press.
- Lowe, M. R. ve Fisher, E. B., Jr (1983). Emotional reactivity, emotional eating, and obesity: a naturalistic study. *Journal of behavioral medicine*, 6(2), 135–149. <https://doi.org/10.1007/BF00845377>
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L. ve Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological medicine*, 31(5), 881–890. <https://doi.org/10.1017/s003329170100407x>
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M. ve Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917–922. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.7.917>
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M. ve Lacey, H. (2005). The Role of Schema Processes in the Eating Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717–732. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9635-8>
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S. ve Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *The International journal of eating disorders*, 40(3), 212–217. <https://doi.org/10.1002/eat.20358>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y. A., Kohn, M. ve Elliot, E. J. (2009). Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *The Medical journal of Australia*, 190(8), 410–414. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02487.x>
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., Pope, H. G. ve Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *The International journal of eating disorders*, 47(3), 320–324. <https://doi.org/10.1002/eat.22232>
- Mantzios, M., Egan, H., Bahia, H., Hussain, M. ve Keyte, R. (2018). How does grazing relate to body mass index, self-compassion, mindfulness and mindful eating in a student population?. *Health psychology open*, 5(1), 2055102918762701. <https://doi.org/10.1177/2055102918762701>

- Mantzios, M., McAtamney, K., Regan, H., Kokocinska, K., Kauser, S., Kalika, E., Hussain, M., Keyte, R., Wood, J., Wallis, D. ve Egan, H. (2024). Does controlling for epicurean eating or the tendency to supersize food portions change the relationship between mindful eating and grazing?. *Heliyon*, 10(3), e24823. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24823>
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67–84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martásková, D., Slachťová, L., Kemlink, D., Záhoráková, D. ve Papezová, H. (2009). Polymorphisms in serotonin-related genes in anorexia nervosa. The first study in Czech population and metaanalyses with previously performed studies. *Folia biologica*, 55(5), 192–197.
- Mathieu J. (2009). What should you know about mindful and intuitive eating?. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1982–1987. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.023>
- Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Svendsen, M., Stensrud, T., Bakland, M., Wynn, R. ve Sundgot-Borgen, J. (2017). The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise –and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry*, 17, Article 180. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1312-4>
- McEwen, B. S. ve Alves, S. E. (1999). Estrogen actions in the central nervous system. *Endocrine reviews*, 20(3), 279-307.
- McLean, S. A., Paxton, S. J. ve Wertheim, E. H. (2011). A body image and disordered eating intervention for women in midlife: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 751–758. <https://doi.org/10.1037/a0026094>
- McIntosh, V. V., Bulik, C. M., McKenzie, J. M., Luty, S. E. ve Jordan, J. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 125-139.
- Meadows, S. M. (2004). *Correlates in the development of eating disorders among adolescent males* (Order No. 3139628). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305134798). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/correlates-development-eating-disorders-among/docview/305134798/se-2>
- Mehler, P. S. ve Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa - medical complications. *Journal of eating disorders*, 3, 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0044-4>

- Mitchell, J. E. ve Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 438-443.
- Miller, C. K., Kristeller, J. L., Headings, A. ve Nagaraja, H. (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 41(2), 145–154. <https://doi.org/10.1177/1090198113493092>
- Minari, T. P., Tácito, L. H. B., Yugar, L. B. T., Ferreira-Melo, S. E., Manzano, C. F., Pires, A. C., Moreno, H., Vilela-Martin, J. F., Cosenso-Martin, L. N. ve Yugar-Toledo, J. C. (2023). Nutritional Strategies for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Narrative Review. *Nutrients*, 15(24), 5096. <https://doi.org/10.3390/nu15245096>
- Mitchell, J. E. ve Peterson, C. B. (2020). Anorexia Nervosa. *New England Journal of Medicine*, 382(14), 1343–1351.
- Mitchell, J. E., Agras, W. S., Wilson, G. T., Halmi, K., Kraemer, H. ve Crow, S. (2004). A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive-behavior therapy. *The International journal of eating disorders*, 35(4), 549–555. <https://doi.org/10.1002/eat.10265>
- Mond, J. M. ve Calogero, R. M. (2009). Excessive exercise in eating disorder patients and in healthy women. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(3), 227–234. <https://doi.org/10.1080/00048670802653323>
- Mulders-Jones, B., Mitchison, D., Girosi, F. ve Hay, P. (2017). Socioeconomic Correlates of Eating Disorder Symptoms in an Australian Population-Based Sample. *PloS one*, 12(1), e0170603. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170603>
- Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J. ve Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical psychology review*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001>
- Nasser, M. (2009). Eating disorders across cultures. *Psychiatry*, 8(9), 347-350.
- National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. (2021). Eating Disorders Fact Sheet. *ANAD*. <https://anad.org/wp-content/uploads/2021/03/ANAD-Eating-Disorders-Fact-Sheet-v2.pdf>.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) (2004). *Eating disorders core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa*,

- and related eating disorders*. (2004). Place of publication not identified: British Psychological Society.
- National Eating Disorders Collaboration. (2010). *Eating disorders prevention, treatment and management: An evidence review*. Sydney: NEDC.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents: How Do Dieters Fare 5 Years Later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), 559–568. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.01.003>
- Nevonen, L. ve Norring, C. (2004). Socio-economic variables and eating disorders: a comparison between patients and normal controls. *Eating and weight disorders : EWD*, 9(4), 279–284. <https://doi.org/10.1007/BF03325082>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T. ve Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, 1, 21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Palmieri, S., Sassaroli, S., Ruggiero, G. M., Caselli, G., Spada, M. M. ve Mansueto, G. (2023). Emotion dysregulation in patients with eating disorders: The role of metacognitions and repetitive negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 47(4), 655–668. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10398-1>
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1998). Experiential theory of emotion applied to anxiety and depression. In W. J. Flack, J. D. Laird, W. J. Flack, J. D. Laird (Eds.) , *Emotions in psychopathology: Theory and research* (pp. 229-242). New York, NY, US: Oxford University Press
- Papadopoulos, F. C., Ekbom, A., Brandt, L. ve Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 194(1), 10–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.054742>
- Parrott, W.G. (2001). *Emotions in social psychology*. Psychology Press, U.S.A.
- Pearce J. M. (2004). Richard Morton: origins of anorexia nervosa. *European neurology*, 52(4), 191–192. <https://doi.org/10.1159/000082033>
- Pike, K. M., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E. ve Fairburn, C. G. (2001). A comparison of black and white women with binge eating disorder. *The American journal of psychiatry*, 158(9), 1455–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1455>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge-eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge-eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 144-172). New York: Guilford.

- Polivy, J. ve Herman, C. P. (1999). Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 153–164. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199909\)26:2<153::AID-EAT4>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2<153::AID-EAT4>3.0.CO;2-R)
- Polivy, J. ve Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53, 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H. ve Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 171(1), 109–116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511>
- Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., Allan, A., Boyes, M., Chen, W., Hasking, P. ve Gross, J. J. (2020). What is alexithymia? Using factor analysis to establish its latent structure and relationship with fantasizing and emotional reactivity. *Journal of personality*, 88(6), 1162–1176. <https://doi.org/10.1111/jopy.12563>
- Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K. ve Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 119, 341–352. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.003>
- Proulx, K. (2008). Experiences of women with bulimia nervosa in a mindfulness- based eating disorder treatment group. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 16, 52–57.
- Prowse, E., Bore, M., Dyer, S. (2013). Eating disorder symptomatology, body image, and mindfulness: Findings in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist*, 17, 77-87. doi: 10.1111/cp.12008
- Putri, W. A., Widodo, A. ve Solihat, R. (2024). Is there any Difference between Males and Females in Mindful Eating?. *Prisma Sains: Jurnal Pengkajian Ilmu dan Pembelajaran Matematika dan IPA IKIP Mataram*, 12(1), 49-60.
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C. ve Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and weight disorders : EWD*, 27(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Österlund, M. K. (2010). Underlying mechanisms mediating the antidepressant effects of estrogens. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-General Subjects*, 1800(10), 1136-1144.
- Racine, S. E. ve Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when

- upset. *The International journal of eating disorders*, 46(7), 713–720.
<https://doi.org/10.1002/eat.22145>
- Racine, S. E. ve Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 785–795.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000011>
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A. ve Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 426–430.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000113>
- Reas, D. L. ve Stedal, K. (2015). Eating disorders in men aged midlife and beyond. *Maturitas*, 81(2), 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.03.004>
- Reis, J. A. D., Silva, C. R. R. ve Pinho, L. D. (2014). Factors associated with the risk of eating disorders among academics in the area of health. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 73-78.
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P. L., ve Rotella, C. M. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 41(2), 111–115. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(00\)90143-3](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)90143-3)
- Robinson, E., Almiron-Roig, E., Rutters, F., de Graaf, C., Forde, C. G., Tudur Smith, C., Nolan, S. J. ve Jebb, S. A. (2014). A systematic review and meta-analysis examining the effect of eating rate on energy intake and hunger. *The American journal of clinical nutrition*, 100(1), 123–151. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.081745>
- Roerig, J. L., Steffen, K. J., Mitchell, J. E. ve Zunker, C. (2010). Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs*, 70(12), 1487–1503.
<https://doi.org/10.2165/11898640-000000000-00000>
- Rowell, M. (2019). *Studies on Emotion Regulation in Anorexia Nervosa and Obesity: Associations with Body Weight and Eating Disorder Psychopathology* (Doktora tezi). Memorial University of Newfoundland, Canada.
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş. ve Sjögren, J. M. (2021). Dialectical Behaviour Therapy Improves Emotion Dysregulation Mainly in Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of personalized medicine*, 11(9), 931.
<https://doi.org/10.3390/jpm11090931>
- Russell G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(3), 429–448. <https://doi.org/10.1017/s0033291700031974>

- Russell, G. F. M. (1997). The history of bulimia nervosa. In *Handbook of treatment for eating disorders, 2nd ed* (pp. 11–24). The Guilford Press.
- Sacks, F. M., Bray, G. A., Carey, V. J., Smith, S. R., Ryan, D. H., Anton, S. D., McManus, K., Champagne, C. M., Bishop, L. M., Laranjo, N., Leboff, M. S., Rood, J. C., de Jonge, L., Greenway, F. L., Loria, C. M., Obarzanek, E. ve Williamson, D. A. (2009). Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *The New England journal of medicine*, 360(9), 859–873. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804748>
- Safer, D. L., Telch, C. F. ve Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 158(4), 632–634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- Safer, D. L., Telch, C. F. ve Chen, E. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York, NY: The Guilford Press.
- Satter E. (2007). Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *Journal of nutrition education and behavior*, 39(5 Suppl), 142–153. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.01.006>
- Saunders R. (1999). Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obesity surgery*, 9(1), 72–76. <https://doi.org/10.1381/096089299765553845>
- Schaumberg, K., Anderson, D. A., Anderson, L. M., Reilly, E. E. ve Gorrell, S. (2016). Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical obesity*, 6(2), 89–100. <https://doi.org/10.1111/cob.12134>
- Schilder, C. M. T., Sternheim, L. C., Aarts, E., van Elburg, A. A. ve Danner, U. N. (2021). Relationships between educational achievement, intelligence, and perfectionism in adolescents with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 54(5), 794–801. <https://doi.org/10.1002/eat.23482>
- Schlundt, D. G., Rowe, S., Pichert, J. W. ve Plant, D. D. (1999). What are the eating cognitions of children whose chronic diseases do and do not require attention to diet?. *Patient education and counseling*, 36(3), 279–286. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(98\)00099-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(98)00099-8)
- Schwartz, D. M., Thompson, M. G. ve Johnson, C. L. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. *International Journal of Eating Disorders*, 1(3), 20–36. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198221\)1:3<20::AID-EAT2260010304>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198221)1:3<20::AID-EAT2260010304>3.0.CO;2-8)

- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M. ve Gemar, M. C. (2002). The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131–138. <https://doi.org/10.1002/cpp.320>
- Silverstone, P. H. (1992). Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders?. *Medical hypotheses*, 39(4), 311–315. [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(92\)90054-g](https://doi.org/10.1016/0306-9877(92)90054-g)
- Sim, L. ve Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 207–216. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9003-8>.
- Sloan, D. M. ve Kring, A. M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 307–322. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x>
- Smink, F. R., van Hoeken, D. ve Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E. ve Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(4), 629–638. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.629>
- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. ve Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191–203. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199204\)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199204)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S)
- Smith, B. W., Shelley, B. M., Leahigh, L. ve Vanleit, B. (2006). A preliminary study of the effects of a modified mindfulness intervention on binge eating. *Complementary Health Practice Review*, 11(3), 133–143. <https://doi.org/10.1177/1533210106297217>
- Srivastava, M. (2022). *Self-Compassion and Emotion Regulation as Predictors of Disordered Eating* (Yüksek Lisans Tezi). Eastern Illinois University, USA.
- Stice E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of abnormal psychology*, 110(1), 124–135. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.1.124>

- Stice, E., Bohon, C., Marti, C. N. ve Fischer, K. (2008). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: further evidence of reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1022–1033. <https://doi.org/10.1037/a0013887>
- Stice, E., Davis, K., Miller, N. P. ve Marti, C. N. (2008). Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study. *Journal of abnormal psychology*, 117(4), 941–946. <https://doi.org/10.1037/a0013644>
- Stice, E., Spoor, S., Ng, J. ve Zald, D. H. (2009). Relation of obesity to consummatory and anticipatory food reward. *Physiology & behavior*, 97(5), 551–560. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2009.03.020>
- Stormer, S. M. ve Thompson, J. K. (1996). Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 193–202. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<193::AID-EAT10>3.0.CO;2-W
- Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S. ve Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *The International journal of eating disorders*, 54(5), 851–868. <https://doi.org/10.1002/eat.23486>
- Stroebele, N. ve de Castro, J. M. (2004). Television viewing is associated with an increase in meal frequency in humans. *Appetite*, 42(1), 111–113. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2003.09.001>
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C. ve Turberville, D. (2013). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. In *Current findings on males with eating disorders* (pp. 13-22). Routledge.
- Stuart, R. B. ve Davis, B. (1972). *Slim Chance in a Fat World: Behavioral Control of Obesity*. Champaign, IL: Research Press.
- Stunkard, A. J. ve Allison, K. C. (2003). Binge eating disorder: disorder or marker?. *The International journal of eating disorders*, 34 Suppl, S107–S116. <https://doi.org/10.1002/eat.10210>

- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. ve Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry research*, 197(1-2), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson
- Tapper K. (2022). Mindful eating: what we know so far. *Nutrition bulletin*, 47(2), 168–185. <https://doi.org/10.1111/nbu.12559>
- Taylor, M. B., Daiss, S. ve Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(3), 229–238. <https://doi.org/10.1037/tps0000035>
- Tetley, A. C., Brunstrom, J. M. ve Griffiths, P. L. (2010). The role of sensitivity to reward and impulsivity in food-cue reactivity. *Eating behaviors*, 11(3), 138–143. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.12.004>
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R. ve Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychological bulletin*, 135(3), 407–433. <https://doi.org/10.1037/a0015326>
- Thompson R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52.
- Thompson, R. A. ve Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(1), 163–182. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007021>
- Timmerman, G. M. ve Acton, G. J. (2001). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating. *Issues in mental health nursing*, 22(7), 691–701. <https://doi.org/10.1080/016128401750434482>
- Timmerman, G. M. ve Brown, A. (2012). The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(1), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.03.143>
- Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E. ve Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual review of clinical psychology*, 9, 589–620. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185546>
- Treasure, J. ve Ward, A. (1997). Cognitive analytical therapy in the treatment of anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and*

- Practice*, 4(1), 62-71. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199703\)4:1%3C62::AID-CPP114%3E3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199703)4:1%3C62::AID-CPP114%3E3.0.CO;2-Y)
- Tregarthen, J. P., Lock, J. ve Darcy, A. M. (2015). Development of a smartphone application for eating disorder self-monitoring. *The International journal of eating disorders*, 48(7), 972–982. <https://doi.org/10.1002/eat.22386>
- Turner, H. ve Bryant-Waugh, R. (2004). Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS): Profiles of Clients Presenting at a Community Eating Disorder Service. *European Eating Disorders Review*, 12(1), 18–26. <https://doi.org/10.1002/erv.552>
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226–240. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>
- Uçar, A. (2020). Lise Öğrencilerinde Hedonik Açlık ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu İle İlişkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 165-178.
- Ueland, O., Cardello, A. V., Merrill, E. P. ve Leshner, L. L. (2009). Effect of portion size information on food intake. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(1), 124–127. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.002>
- Uhlen, M. M., Tveit, A. B., Stenhagen, K. R. ve Mulic, A. (2014). Self-induced vomiting and dental erosion--a clinical study. *BMC oral health*, 14, 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-92>
- Valena, V. ve Young, W. G. (2002). Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Australian dental journal*, 47(2), 106–115. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2002.tb00313.x>
- Van Dam, N. T., Van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., ... ve Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on psychological science*, 13(1), 36-61.
- van der Wal, R. C. ve van Dillen, L. F. (2013). Leaving a flat taste in your mouth: task load reduces taste perception. *Psychological science*, 24(7), 1277–1284. <https://doi.org/10.1177/0956797612471953>
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D. ve Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Van Elburg, A. A. (2007). *Psychoneuroendocrinological aspects of anorexia nervosa: predictors of recovery* (Doktora tezi). Utrecht University Repository, Netherlands.

- van Hoeken, D. ve Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Van Strien, T., Engels, R. C., Van Leeuwe, J. ve Snoek, H. M. (2005). The Stice model of overeating: tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45(3), 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.08.004>
- Vartanian, L. R., Herman, C. P. ve Wansink, B. (2008). Are we aware of the external factors that influence our food intake?. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(5), 533–538. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.5.533>
- Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A. M., Albert, U. ve Monteleone, P. (2016). Eating disorders: What age at onset?. *Psychiatry research*, 238, 225–227. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.048>
- Wade, T. D., Keski-Rahkonen A., & Hudson J. (2011). Epidemiology of eating disorders. In M. Tsuang & M. Tohen (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (3rd ed.) (pp. 343–360). New York: Wiley.
- Wallis, D. J. ve Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.02.001>
- Wallis, D. J. ve Hetherington, M. M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(2), 355–362. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.007>
- Wansink, B. ve Park, S. (2001). At the movies: how external cues and perceived taste impact consumption volume. *Food Quality and Preference*, 12(1), 69–74.
- Wansink, B. ve Sobal, J. (2007). Mindless eating: The 200 daily food decisions we overlook. *Environment and Behavior*, 39(1), 106–123. <https://doi.org/10.1177/0013916506295573>
- Wansink, B., Painter, J. E. ve North, J. (2005). Bottomless bowls: why visual cues of portion size may influence intake. *Obesity research*, 13(1), 93–100.
- Watkins, B. (2011). Eating disorders: An overview. In B. Lask & I. Frampton (Eds.), *Eating disorders and the brain* (pp. 19–55). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119998402.ch2>

- Weisfeld, G. E. ve Goetz, S. M. M. (2013). Applying evolutionary thinking to the study of emotion. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 3(3), 388–407. <https://doi.org/10.3390/bs3030388>
- Wick, M. R., Brown, T. A., Fitzgerald, E. H. ve Keel, P. K. (2021). How changing life roles predict eating disorder pathology over 30-year follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, 130(4), 388–398. <https://doi.org/10.1037/abn0000669>
- Wildes, J. E. ve Marcus, M. D. (2011). Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *The International journal of eating disorders*, 44(5), 421–427. <https://doi.org/10.1002/eat.20826>
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Bright, A. C., Dapelo, M. M. ve Psychol, M. C. (2012). Emotion and eating disorder symptoms in patients with anorexia nervosa: an experimental study. *The International journal of eating disorders*, 45(7), 876–882. <https://doi.org/10.1002/eat.22020>
- Willsky, K. (2022, 20 Ağustos). Hormonal link to eating disorders. *Borneo Bulletin*. <https://borneobulletin.com.bn/hormonal-link-to-eating-disorders/>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M. ve Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *The American psychologist*, 62(3), 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>
- Woerwag-Mehta, S. ve Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 7(4), 147–151.
- Wonderlich, S., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Myers, T. C., Kadlec, K., Lahaise, K., Swan-Kremeier, L., Dokken, J., Lange, M., Dinkel, J., Jorgensen, M., & Schander, L. (2012). Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: A clinical overview. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 467–475. <https://doi.org/10.1002/eat.20978>
- Yiğit, İ. ve Güzey-Yiğit, M. (2017). Psychometric properties of Turkish version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 1-9. doi: 10.1007/s12144-017-9712-7.
- Young, L. R. ve Nestle, M. (2003). Expanding portion sizes in the US marketplace: implications for nutrition counseling. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(2), 231–234. <https://doi.org/10.1053/jada.2003.50027>
- Zeman, J. ve Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: it depends on who is watching. *Child development*, 67(3), 957–973.

- Zhu, Y. ve Hollis, J. H. (2014). Increasing the number of chews before swallowing reduces meal size in normal-weight, overweight, and obese adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(6), 926–931. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.08.020>
- Zhu, A. J. ve Walsh, B. T. (2002). Pharmacologic treatment of eating disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 47(3), 227–234. <https://doi.org/10.1177/070674370204700302>
- Zimmermann, F. F., Burrell, B. ve Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014>



EK A BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Sizi “Duygu Düzenleme Becerileri ve Yeme Farkındalığının Yeme Bozuklukları Üzerine Etkisi” başlıklı araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Söz konusu araştırma Beykoz Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Tuba Tutar tarafından, Beykoz Üniversitesi öğretim üyesi Prof. Dr. Hatice Gülsen Erden danışmanlığında yürütülen lisansüstü tezi kapsamında yapılmaktadır. Araştırmaya 18-60 yaş arası katılımcılar dahil olabilmektedir. Araştırmaya tamamen kendi iradenizle ve gönüllü olarak katılımınız esastır. Katılımcıların yanıtları ve kişisel bilgileri yalnızca araştırmacı tarafından görüntülenebilecektir. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Sizden beklenen soruları eksiksiz ve size en uygun gelecek biçimde cevaplandırmanızdır. Katılmaya karar verdikten sonra fikrinizi değiştirmeniz halinde herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan sorunsuzca ayrılabilirsiniz. Çalışmaya dair herhangi bir sorunuz olursa proje yürütücüsüyle iletişime geçiniz.

Bilgilendirmeyi okudum ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum / kabul etmiyorum.

EK B DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz?

- ☐ Kadın
☐ Erkek

Yaşınız?

.....

Öğrenim durumunuz

- ☐ İlköğretim
☐ Lise
☐ Ön lisans veya lisans
☐ Yüksek lisans veya doktora

Medeni durum

- ☐ Bekar
☐ Evli
☐ Boşanmış/Ayrı
☐ Dul

Birlikte yaşadığınız kişiler

- ☐ Aile
☐ Yalnız
☐ Eş
☐ Diğer

Çalışma durumu

- ☐ Çalışmıyor / Emekli
☐ Kamu çalışanı
☐ Özel sektör çalışanı

Gelir düzeyi

- ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

Kronik fiziksel rahatsızlığınız var mı?

- ☐ Var
☐ Yok

Tedavi altında olduğunuz ya da belirtileri süren bir psikiyatrik hastalık teşhisiniz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Uyguladığınız bir diyet programı ya da özel beslenme tarzı var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Yeme bozukluğu öykünüz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Düzenli egzersiz yapar mısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

EK C

YEME BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ – KISA FORM (EDE- Q- 13)

Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta (28 gün) ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz. Aşağıdaki ifadeleri son 28 günün kaç gününde deneyimlediyseniz o kadar gün sayısını işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız ve her soru için bir yanıt seçiniz.

Son 28 günün kaç gününde	0	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Her gün
Bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için yediğiniz yiyecek miktarını kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir)							
Bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için sevdiğiniz herhangi bir yiyeceği beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir)							
Bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için yemenizle ilgili belirli kurallara (örneğin, kalori sınırlandırması) uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir)							
Vücut ağırlığınız, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi?							
Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi?							
Vücut ağırlığınızdan memnun değildiniz?							
Bedeninizin şeklinden memnun değildiniz?							
Başka insanların alışılmadık miktarda fazla olarak tanımladıkları kadar (şartlara göre) yemek yediniz?							

Yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız? (yemek yediğiniz sırada)							
Aşırı yeme atakları yaşadınız? (Örneğin, alışılmadık miktarda fazla yemek yediniz ve o sırada kontrolü kaybettiğinizi hissettiniz?)							
Bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz?							
Bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı kontrol etmek için müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?							
Vücut ağırlığınızı, bedeninizin şeklini veya vücut yağ miktarınızı kontrol etmek veya kalori yakmak amacıyla “takıntılı” ya da “zorlayıcı” biçimde egzersiz yaptınız?							

EK D

DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ – KISA FORM (DDGÖ – 16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%1 -%35)	Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	Hemen hemen her zaman (%91- %100)
Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					

Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					

Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

EK E

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ- 30)

Değerli katılımcı bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutuyu işaretleyiniz.

	Hiç (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Sık sık (4)	Her zaman (5)
Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
Lokmalarımı çiğnemediğim yutarım.					
Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken doydüğümü fark edemem.					
Fast-food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
Birdenbire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
Sık sık diyet yaparım.					
Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					

Öğün saatlerim bellidir.					
Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
Canım sıkılınca yerim.					
Sağlıklı beslenirim.					
Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
Küçük lokmalarla yerim.					
Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
Yerken otomatik pilota bağlarım.					
Mutlu olmak için çikolata yerim.					

ÖZGEÇMİŞ

Tuba TUTAR

İlköğretim hayatına Özel TED Koleji’nde başlamış ve Özel Saint Benoit Fransız Lisesi’nde öğrenim görmüştür. 2016 yılında İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji bölümüne yerleşmiştir ve klinik alanda eğitimine devam etmek için Beykoz Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’na başlamıştır. Çok iyi düzeyde İngilizce ve Fransızca bilmektedir.