

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Doktora Tezi

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME
BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI VE
PSİKOSOSYOKÜLTÜREL YORDAYICILARI:
İSTANBUL ÖRNEKLEMİ**

Ezgi DEVECİ

2502130268

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. H. Özlem SERTEL BERK

İstanbul, 2020

ÖZ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI VE PSİKOSOSYOKÜLTÜREL YORDAYICILARI: İSTANBUL ÖRNEKLEMİ

Ezgi DEVECİ

Yeme bozuklukları (YB) biyolojik, çevresel, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin karşılıklı etkileşimine dayalı oluşan ciddi bir psikiyatrik hastalıktır. Ergenlik dönemi itibari ile bireylerin YB açısından risk altında olduğu belirtilmektedir. Bu araştırmada YB'nin üniversite öğrencileri arasında nokta yaygınlığı ile farklı yeme gruplarına ayrılan katılımcıların psikososyokültürel değişkenler açısından nasıl farklılaştığı ve benzeştiği incelenecektir.

Araştırma örneklemini İstanbul'da bulunan üniversitelere devam eden, 18-25 yaş arası 1876 öğrenci oluşturmuştur. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Beden Bölge ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖMOA), Tek Maddelik Benlik Saygısı Ölçeği (TMBSÖ) ve Fiziksel Görünüme Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (FGDSKÖ) ile YB açısından risk grubunda olduğu belirlenen kişilere DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) uygulanmıştır.

Sonuçlar, YB'nin nokta yaygınlığının %1.55 ($n = 27$ kadın, 2 erkek) olduğunu göstermiştir (Anoreksiya Nervoza (AN) için %0.16, Bulimiya Nervoza (BN) için %0.11, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) için %0.21, Eşikaltı AN için %0.05, Eşikaltı BN için %0.32, Eşikaltı TYB için %0.48, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TBYB) için %0.21). Erkek öğrencilere sadece Eşikaltı TYB ve TBYB tanıları konulmuştur. Ayrıca tanı konulan katılımcıların Instagram ve Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı ve YBDÖ'den aldıkları puanların tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcılardan daha yüksek; BBÖMOA, FGDSKÖ ve TMBSÖ puanlarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada niversite ğrencilerinde YB nokta yaygınlık oranındaki artışın literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, yeme davranışında bozulma ile ilişkili olduğu bilinen psikososyokültürel risk faktörlerinin tanı konulan ve tanı konulmayan gruplar arasında farklılaştığı ile ilgili sonuçların bu gruplarla yürütülecek koruyucu/önleyici çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozuklukları, epidemiyoloji, nokta yaygınlığı, niversite öğrencileri, psikososyokültürel faktörler



ABSTRACT

THE PREVALENCE OF EATING DISORDERS IN UNIVERSITY STUDENTS AND PSYCHOSOCIOCULTURAL PREDICTORS: ISTANBUL SAMPLE

Ezgi DEVECİ

Eating disorders (EDs) is a serious psychiatric disorder based on the interaction of biological, psychological, sociocultural, and environmental factors. It is argued that individuals are at risk for ED as of adolescence. This study examined ED point prevalence among university students and how the eating disorder was differentiated and similar in terms of psychosociocultural variables of the participants who were divided into different eating groups.

The research sample consisted of 1876 students between the ages of 18-25 who enrolled from the universities in Istanbul. A sociodemographic form, Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Body Image Satisfaction Questionnaire (BISQ), Single Item Self Esteem Scale (SISES), Social Comparison through Physical Appearance Scale (SCPAS) were used in the present study. Also Eating Disorder Assessment for DSM-5 was conducted to the individuals determined to be in the risk group for ED.

The results showed that the point prevalence of ED was 1.55% (n = 27 females, 2 males). (Anorexia Nervosa (AN): 0.16%; Bulimia Nervosa (BN): 0.11%; Binge Eating Disorder: (BED) 0.21%; Atypical AN: 0.05%; Sub-threshold BN: 0.32%; Sub-threshold BED: 0.48%; Unspecified Feeding and Eating Disorder (UFED): 0.21%). Male students were only diagnosed with sub-threshold BED and UFED. Moreover, it was defined that the diagnosed participants' number of accounts related to bodily appearance that they were following from the applications like Instagram and Facebook, and EDE-Q's scores were higher than participants' who

have distorted eating pattern but had no diagnosis, healthy eating pattern, and the scores of BISQ, SCPAS, and SISES were lower.

In this study, it has been determined that the increase in the rate of EDs in university students was consistent with the literature. Besides, it is thought that the results related to the difference between the diagnosed and undiagnosed groups of psychosociocultural risk factors, which are known to be associated with impaired eating behavior, may lead to preventive studies to be conducted with these groups.

Keywords: Eating disorders, epidemiology, point prevalence, university students, psychosociocultural factors

ÖNSÖZ

Bu tez araştırması, sadece son dört yılını kapsayan bir çalışmanın sonucu değil, Prof. Dr. Başak Yücel ve Doç. Dr. Özlem Sertel Berk hocamın benim üstümde 10 yılı aşkın süredir devam eden emeklerinin bir sonucudur. Bundan dolayı benim için ifade ettiği anlamın çok büyük olduğunu belirterek söze başlamak isterim.

Öncelikle, henüz lisans 2. sınıf öğrencisi iken tanışmış olduğum; lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bizlere etik değerlerin önemini öğreten; ilgisini, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocam ve tez danışmanın Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'e;

Onu tanıdığım günden bu yana her daim destekleyici tutumu ile kendimi şanslı hissettiren, güler yüzü ve anlayışı ile yanımda olan, klinik alanda gelişmemi sağlayan ve bana birçok olanak sunan eşsiz ve kıymetli hocam Prof. Dr. Başak Yücel'e;

Tez çalışmamı anlattığım gün itibari ile verdiği kıymetli bilgiler ve desteğiyle araştırma fikrimin sağlam temeller üzerinde oturmasını sağlayan, ihtiyaç duyduğumda bana vakit ayıran ve olumlu yaklaşımı ile beni hep destekleyen, tez jüri üyelerimden çok değerli hocam Prof. Dr. Aslıhan Polat'a;

Tez savunma jürimde yer almayı kabul eden ve akademi yolcuğuna çıktığım günden bu yana desteklerini hep yanımda hissettiğim çok değerli ve kıymetli hocalarım Prof. Dr. Sevim Cesur ve Dr. Öğr. Üyesi Gülin Güneri'ye;

Henüz yüksek lisans öğrencisi iken araştırma görevlisi olarak Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümünde kendileri ile birlikte çalışmaya başladığım, anlayışlı yaklaşımı ile her daim yanımda olan ve önümü açan başta bölüm başkanımız Prof. Dr. Gülden Güvenç olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Araştırma verilerinin toplanması, veri girişi ve kontrolleri sürecinde bana yardımcı olan çok sevgili Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümünde öğrenim görmüş olan genç meslektaşlarıma ve öğrencilerime;

Araştırmam için veri toplamama destek olan ve sınıflarını bana açan çok kıymetli akademisyenler ile araştırmanın tüm katılımcılarına;

Her zaman yanımda olduğunu bildiğim hem akademik hem klinik perspektiften yaklaşımları ile düşüncelerimin olgunlaşmasına katkı sağlayan ve bu tezin oluşmasında yardımlarını esirgemeyen; zorlandığım anlarda beni ayağa kaldıran çok sevgili dostlarım Dr. Öğr. Üyesi Burcu Tekeş'e, Dr. Öğr. Üyesi Fatma Kahraman'a ve Uzm. Psk. İpek Turgut Balamur'a,

Birlikte doktora eğitimimizi alırken yan yana çalıştığımız, en zor anımda hep yanımda olan, destekleyici tutumları ile sıkıntımı paylaşan başta Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci, Dr. Öğr. Üyesi Selin Karaköse Çelik ve Dr. Öğr. Üyesi F. Elif Ergüney Okumuş olmak üzere doktora grubumdaki sevgili arkadaşlarıma,

Lise sıralarında tanıştığım günden bu yana destekleyici yaklaşımı ile yoldaşlığını hep hissettiğim, hayatımın son üç yılında ise zamanı aynı çatı altında birlikte paylaştığımız canım arkadaşım, dostum ve kardeşim Yüksek İç Mimar Begüm Akkaya ile evde bizi mutlu eden siyah güzellik kedimiz Zilli'ye;

En zorlu anlarımda sevgisini esirgmeden sıkıntılarımı benimle paylaşan, yüzümü hep güldüren; sabrı, desteği ve sevecenliği ile beni mutlu eden çok sevgili Soner Erdoğan'a;

Tüm eğitim hayatım boyunca arkamda duran, verdiğim kararları destekleyen, bugünlere ulaşmama vesile olan, beni her daim destekleyen, bana güvenen ve koşulsuz seven, emeklerini asla ödeyemeyeceğim çok sevgili canım babam Rafet Deveci'ye, canım annem Asiye Deveci'ye, canım kardeşlerim Ferit Deveci, Eyüp Deveci ve Işıl Varol Deveci'ye;

Ve son olarak, hayatımıza geldiği günden beri neşe saçan, sevgi dolu gülümsemesi ile içimizi aydınlatan güzel yeğenim İnci Deniz Deveci'ye sonsuz teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Ezgi DEVECİ

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xvi
KISALTMALAR LİSTESİ	xvii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. Yeme Davranışı	8
1.1.1. Sağlıklı Yeme Davranışı.....	8
1.1.2. Bozulmuş Yeme Davranışı.....	9
1.1.3. Yeme Davranışına Etki eden Psikososyokültürel Etkenler	12
1.1.3.1. Cinsiyet	12
1.1.3.2. Diyet ve Egzersiz/Fiziksel Aktivite Davranışları	14
1.1.3.2.1. Diyet.....	14
1.1.3.2.2. Egzersiz/Fiziksel Aktivite	15
1.1.3.3. Psikopatoloji.....	16
1.1.3.3.1. Beden Memnuniyetsizliği ve Beden İmgesi	17
1.1.3.3.2. Depresyon Bozuklukları, İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar	19
1.1.3.3.3. Kaygı Bozuklukları (KB), Takıntı ve Zorlantı Bozukluğu (TZB) ve Beden Algısı Bozukluğu (BAB).....	21
1.1.3.3.4. Benlik Saygısı.....	24
1.1.3.4. Sosyal Karşılaştırma	26
1.1.3.4.1. Akranlarla Sosyal Karşılaştırma.....	27
1.1.3.4.2. Modeller/Ünlüler ile Sosyal Karşılaştırma	28

1.1.3.5. Medya ve Etkisi	29
1.1.3.5.1. Yazılı - Görsel Medya, İnternet.....	29
1.1.3.5.2. Sosyal Medya	33
1.1.3.6. Zayıflık İdealinin İçselleştirilmesi ve Zayıflık Beklentisi	35
1.1.3.6.1. Zayıflık İdealinin İçselleştirilmesi.....	35
1.1.3.6.2. Zayıflık Beklentisi	37
1.2. Yeme Bozuklukları	38
1.2.1. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji.....	38
1.2.1.1. Dünya	39
1.2.1.1.1. Batılı Ülkeler	41
1.2.1.1.2. Diğer Bölgeler	46
1.2.1.2. Türkiye	48
1.2.2. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	50
1.2.2.1. Biyolojik Faktörler.....	51
1.2.2.2. Gelişimsel Faktörler.....	53
1.2.2.3. Psikososyokültürel Faktörler.....	54
1.2.3. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma	55
1.2.3.1. Anoreksiya Nervosa (AN)	55
1.2.3.2. Bulimiya Nervosa.....	59
1.2.3.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB).....	61
1.2.3.4. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TDBBYB)	63
1.2.3.5. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları (TBYB).....	64
1.2.3.6. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu	64
1.2.3.7. Pika	65
1.2.3.8. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu)	66
1.2.4. Yeme Bozukluklarında Klinik Değerlendirme	67
1.2.4.1. Klinik Değerlendirme Araçları.....	68
1.2.4.1.1. Yüz Yüze Görüşme Yöntemleri.....	69
1.2.4.1.2. Öz-bildirim Ölçekleri.....	71
1.2.4.2. Klinik Değerlendirme Kapsamı.....	78
1.2.4.2.1. Psikolojik Değerlendirme	78

1.2.4.2.2. Medikal Değerlendirme ve Tıbbi Komplikasyonlar	81
1.2.5. Yeme Bozukluklarında Tedavi	82
1.2.5.1. Tedavi Yöntemleri	84
1.2.5.1.1. Yataklı Servis Tedavisi (Inpatient Treatment)	84
1.2.5.1.2. Hastane Dışı/Ev Tipi Merkezlerde Yatılı Tedavi (Residential Treatment)	85
1.2.5.1.3. Kısmi Hastane Tedavisi / Gündüz Hastanesi (Partial Hospitalization)	86
1.2.5.1.4. Ayaktan Tedavi	86
1.2.5.2. Tedavinin Kapsamı	87
1.2.5.2.1. Tıbbi Tedaviler	87
1.2.5.2.2. Beslenme Tedavisi	88
1.2.5.2.3. Psikolojik Tedaviler/Psikoterapiler	88
1.2.6. Yeme Bozukluklarını Önleyici ve Koruyucu Çalışmalar	92
1.2.6.1. Evrensel Önleme Programları (Universal Prevention Programs)	94
1.2.6.2. Hedefe Yönelik veya Seçici Önleme Müdahaleleri (Targeted or Selective Prevention Interventions)	95
1.2.6.3. Sınanmış Önleme Programları (Indicated Prevention Programs)	96
1.3. Amaç ve Hipotezler	97
1.4. Araştırmanın Katkısı	102

İKİNCİ BÖLÜM YÖNTEM

2.1. Örneklem	105
2.2. Araştırma Materyalleri ve Ölçekleri	106
2.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	106
2.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	106
2.2.3. Beden Kitle İndeksi (BKİ)	107
2.2.3. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)	107
2.2.4. Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA)	108
2.2.5. Tek Maddeli Benlik Saygısı Ölçeği (TMBSÖ)	109
2.2.6. Fiziksel Görünüme Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (FGDSKÖ)	110

2.2.7. DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5).....	111
2.2.8. Katılımcıların Yeme Gruplarının Belirlenmesi	112
2.2.8. Geri Bildirim Formu	113
2.3. İşlemler.....	113
2.3.1. Örneklem Seçimi.....	113
2.3.2. Uygulama.....	114
2.3.3. İstatistiksel Analiz.....	115

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

3.1. Birinci Amaç, Birinci Aşama ile İlgili Betimsel Analizlere Dair Bulgular	117
3.1.1. Tüm Örneklem	117
3.1.2. YBDÖ'ye Göre Risk ve Sağlama Grubundaki Katılımcıların Özellikleri ve Dağılımları.....	125
3.2. Birinci Amaç, İkinci Aşama ile ilgili Betimsel Analizlere ve Hipotezlere Dair Bulgular	127
3.2.1. Klinik Görüşme Sonrasında Belirlenen Farklı Yeme Gruplarının Sıklık Dağılımı.....	128
3.2.2. Birinci Amaç, İkinci Aşama Hipotezlerine Dair Bulgular	129
3.2.3. Birinci Amaç İkinci Aşama ile ilgili Araştırma Soruları ve Cevapları..	131
3.3. İkinci Amaç ile İlgili Betimsel Analizlere Dair Bulgular	136

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM TARTIŞMA

4.1. Tüm Örneklemen Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	159
4.2. Tüm Örneklemen Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	160
4.3. Katılımcıların Risk ve Sağlama Gruplarında Dağılımlarının Değerlendirilmesi.....	166
4.4. Risk ve Sağlama Grubunda Yer Alan Katılımcıların Klinik Görüşme Sonucu Cinsiyete Göre Yeme Gruplarına Dağılımlarının Değerlendirilmesi	167
4.5. Risk ve Sağlama Grubu Katılımcılarının YBDÖ'den Aldıkları Puanlara Göre Dağılımlarının İncelenmesi	170
4.6. İstanbul Örneklemine YB'nin Görülme Sıklığının (Epidemiyolojik Verinin) Değerlendirilmesi.....	175
4.7. Yeme Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	184

4.8. Yeme Gruplarının Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	187
4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	204
KAYNAKÇA.....	210
EKLER.....	280
ÖZGEÇMİŞ	291



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1:	Katılımcıların yaş, BKİ, cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir durumu ve medeni durumlarının sıklık dağılımı	118
Tablo 2:	Katılımcıların DSÖ'ye göre BKİ aralıkları.....	120
Tablo 3:	Katılımcıların cinsiyete göre fiziksel ve psikiyatrik hastalık geçmişi...	121
Tablo 4:	Psikiyatrik hastalık bildiren katılımcıların cinsiyete göre psikiyatrik hastalık kategorilerindeki sıklık dağılımları ile hastalık süre ortalama ve standart sapma değerleri	122
Tablo 5:	Katılımcıların cinsiyete göre YBDÖ toplam ve K, YİE, KİE ile BİE alt testleri puanları; BBÖMOA toplam ve BG, Yüz, BÜ ile Gövde alt testleri puanları; FGDSKÖ'nün Akranlar ve Modeller bölümü toplam puanları ile TMBSÖ puanlarının ortalama, standart sapma ve test istatistik değerleri.....	124
Tablo 6:	Risk ve Sağlama grubu arasında DSM-5'e göre YB tanısı konulma dağılımı	129
Tablo 7:	Risk ve Sağlama gruplarında olup tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların cinsiyete göre sıklık dağılımı	130
Tablo 8:	Risk grubunda yer alıp tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olarak ayrılan katılımcıların YBDÖ'den aldıkları puanlara göre dağılımı	133
Tablo 9:	Sağlama grubunda yer alıp tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olarak ayrılan katılımcıların YBDÖ'den aldıkları puanlara göre dağılımı	134
Tablo 10:	Risk grubu ve sağlama grubu katılımcılarının cinsiyete göre yeme bozukluğu tanı dağılımları	135
Tablo 11:	Tüm örnekleme YB'nin cinsiyete göre nokta yaygınlığı (n = 1876, 1310 kadın, 566 erkek)	136
Tablo 12:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların yaşa göre ortalama ve standart sapma değerleri	142
Tablo 13:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre BKİ ortalama ve standart sapma değerleri	142
Tablo 14:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre eğitim seviyesi, gelir durumu, çalışma durumu ve medeni durum kategorilerindeki sıklık dağılımları	144

Tablo 15:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre DSÖ BKİ kategorilerindeki sıklık dağılımları	146
Tablo 16:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre fiziksel hastalık ve psikiyatrik hastalık kategorilerindeki sıklık dağılımları	147
Tablo 17:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre DSM-5 psikiyatrik hastalıklar kategorilerindeki sıklık dağılımları	149
Tablo 18:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklık dağılımı.....	150
Tablo 19:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre sosyal medya kullanım sıklık dağılımı.....	151
Tablo 20:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre bir günde sosyal medya kullanımına ayırdıkları süre (saat) ortalama ve standart sapma değerleri	151
Tablo 21:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı ortalama ve standart sapma değerleri	152
Tablo 22:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların YBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	154
Tablo 23:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların BBÖMOA toplam ve alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	156
Tablo 24:	Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların FGDSKÖ Akranlar ve Modeller bölümü ile TMBSÖ puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	157
Tablo 25:	Türkiye’de 2006-2020 yılları arasında YB yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırma sonuçları	177

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:	Bozulmuş yeme davranışı ve yeme bozuklukları arasındaki farklılıklar.....	11
Şekil 2:	DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza tanı kriterleri.....	58
Şekil 3:	DSM-5'e göre Bulimiya Nervoza tanı kriterleri	60
Şekil 4:	DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanı kriterleri	62
Şekil 5:	DSM-5'e göre Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu tanı kriterleri	63
Şekil 6:	DSM-5'e göre Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu kriterleri.....	64
Şekil 7:	DSM-5'e göre Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu tanı kriterleri.....	65
Şekil 8:	DSM-5'e göre Pika tanı kriterleri.....	66
Şekil 9:	DSM-5'e göre Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu tanı kriterleri.....	67
Şekil 10:	AN ve BN ile ilişkili bazı fiziksel ve laboratuvar bulgular.....	82
Şekil 11:	Önleme programları için müdahale seviyeleri	93
Şekil 12:	Araştırmanın birinci amacı doğrultusunda DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) ile yüz yüze yapılan klinik görüşmeyi kabul eden ve etmeyen kişilerin dağılımları	126
Şekil 13:	Yüz Yüze Görüşmeye Katılmak İstemeyen Kişilerin Gerekçeleri.....	127
Şekil 14:	Araştırmanın birinci amacı doğrultusunda DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) ile yüz yüze yapılan klinik görüşme sonucu elde edilen dağılımlar	128

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1:	Katılımcıların fakültelere göre sıklık dağılımları.....	119
Grafik 2:	Yüz yüze yapılan klinik görüşme sonrasında tanı alan, tanı almadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olarak gruplara ayrılan katılımcıların fakültelere göre sıklık dağılımı.....	138
Grafik 3:	Tanı alan grubun eğitime devam ettiği bölümlerin sıklık dağılımları.....	139
Grafik 4:	Tanı almadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun eğitime devam ettiği bölümlerin sıklık dağılımları	140
Grafik 5:	Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun eğitime devam ettiği bölümlerin sıklık dağılımları.....	141

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AN	: Anoreksiya Nervoza
ATT	: Aile Temelli Terapiler
BAB	: Beden Algısı Bozukluğu
BAT	: Bilişsel-Analitik Terapi (Cognitive-Analytic Therapy)
BB	: Bipolar Bozukluk
BBÖMOA BGG	: Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi Beden Genel Görünümü Alt Boyutu
BBÖMOA BÜ	: Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi Beden Üyeleri Alt Boyutu
BBÖMOA	: Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapiler
Bİ	: Beden İmgesi
BİB	: Beden İmgesi Bozukluğu
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BM	: Beden Memnuniyetsizliği
BN	: Bulimiya Nervoza
BTAYB	: Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
Cİ	: Cinsel İstismar
ÇB	: Çıkarma Bozukluğu (Purging Disorder)
DB ve İÜİB	: Depresyon Bozuklukları ile İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar
DDT	: Diyalektik Davranışçı Terapi
DSM III	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı
DSM-5	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı
DSM-IV	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı

DSM-IV-TR	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Gözden Geçirilmiş Baskı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDA-5	: Eating Disorder Assessment for DSM-5
FGDSKÖ	: Fiziksel Görünüme Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği
G-BDT	: Geliştirilmiş-Bilişsel Davranışçı Terapiler
GYS	: Gece Yeme Sendromu
KB	: Kaygı Bozuklukları
KP	: kişilerarası Psikoterapiler
N/n	: Katılımcı sayısı
OPP	: Odaksal Psikodinamik Psikoterapi (Focal Psychodynamic Psychotherapy)
PYT	: Psikodinamik Yönelimli Terapiler
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SH	: Standart Hata
SKB	: Sosyal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
SS	: Standart Sapma
TBYB	: Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu
TDBBYB	: Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
TMBSÖ	: Tek Maddelik Benlik Saygısı Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TV	: Televizyon
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
TZB	: Takıntı ve Zorlantı Bozukluğu (Obesif Kompulsif Bozukluk)
TZBİB	: Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar
$\bar{x}$	: Ortalama
YB	: Yeme Bozuklukları
YBDÖ BİE	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Beden ile İlgili Endişeler Alt Boyutu
YBDÖ K	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Kısıtlama Alt Boyutu

YBDÖ KİE	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Kilo ile İlgili Endişeler Alt Boyutu
YBDÖ YİE	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Yeme ile İlgili Endişeler Alt Boyutu
YBDÖ	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
YTT-40	: Yeme Tutum Testi



GİRİŞ

Yeme bozuklukları (YB), yeme davranışında yaşanan bozulma ile görünen, tek bir nedensel faktöre dayanmayan, tedavi edilmediğinde fiziksel, bilişsel ve psikolojik hasarlar bırakan ve ölümle sonuçlanabilen ciddi bir psikiyatrik hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Eddy, Doyle, Hoste, Herzog ve Le Grange, 2008; Klump, Bulik, Kaye, Treasure ve Tyson, 2009).

YB'nin altında çok faktörlü bir yapı yatmakla birlikte oluşma nedenleriyle ilgili kanıtlar henüz net değildir. Ancak yapılan çalışmalar biyolojik, çevresel, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin bu hastalığın gelişiminde önemli etkileri olduğunu göstermektedir (Culbert, Racine ve Klump, 2015; Striegel-Moore ve Bulik, 2007). Ayrıca, YB beraberinde bazı tıbbi komplikasyonlar da getirmektedir (Keel, 2017, s.147-169). Bu nedenle tedavisi için multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.

YB hastaları fiziksel ve psikiyatrik çoklu sorunlar yaşaması nedeni ile mutlaka farklı alanlardaki uzmanlar tarafından değerlendirilmeli ve tedavi altına alınmalıdır. Tedavinin ilk aşamasında kapsamlı bir tıbbi tarama ile birlikte psikiyatrik/psikolojik değerlendirme yer almalıdır. Ardından, hasta ve ailesine hastalığın psikobiyolojisi ile ilgili bilgi verilmesi, psikoterapi ve beslenme danışmanlığı sürecinin başlatılması, gerekiyorsa hastane yatışının yapılması gibi çok yönlü bir takip sisteminin işletilmesi gerekmektedir (Kaplan, 2002).

Geçmiş yıllarda yürütülen araştırmalar YB'nin batı kültürü etkisi altında olan ülkelerde daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktayken son yıllarda yapılan çalışmalar YB'nin her geçen gün biraz daha arttığını ve bu durumun artan sanayileşme, küreselleşme ve kentleşme nedeni ile batı kültüründen uzak olarak nitelendirilen Asya ve Arap ülkelerinde de yaşandığını göstermektedir (Hoek, 2016; Nakai, Nin, Noma, 2014; NEDA, 2013; Pike, Hoek ve Dunne, 2014). Dolayısıyla, YB artık dünyanın neredeyse tamamında bireyleri etkileyen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Artan yaygınlıkla birlikte YB'nin görülme yaşının geçmiş yıllara göre her geçen gün biraz daha düştüğü ve özellikle ergenlik ve/veya yetişkinliğe geçiş döneminde ortaya çıktığı bilinmektedir (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007; Kessler ve ark. 2013, Micali, Hagberg, Petersen ve Treasure, 2013). Bu nedenle yapılan çalışmalarda genellikle 13-18 ile 19 ve üstü yaş aralığında genç olan bireylere odaklanılmaktadır (Bulik, Reba, Siega-Riz ve Reichborn-Kjennerud, 2005; Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007; Pearson, Goldklang ve Striegel-Moore, 2002; Van Son, Van Hoeken, Bartelds, Van Furth ve Hoek, 2006).

YB çalışmalarının da odaklandığı bu dönemler, fiziksel ve zihinsel olarak birçok zorlayıcı değişimi barındırmaktadır. Örneğin, ergenlik dönemine giren bireylerde fiziksel olarak hormonların salgılanma seviyesinde değişim yaşanması; beyinde limbik sistem ve frontal korteks gibi alanların gelişmeye devam etmesi; cinsel organlarda büyüme ve gelişme; yüz hatlarında, ses tonu ve seviyesinde değişim yaşanması ile boy uzaması ve kilo artışı ile birlikte psikolojik olarak da pek çok değişim yaşanmaktadır (Gerrig ve Zimbardo, 2015). Birçok araştırma ergenlik döneminde yaşanan bu değişimin stres yarattığını ve ergen bireylerin ebeveynleri, arkadaşları ve hatta kendi düşünce ve bedenleri ile bir uğraşı ve çatışma içinde olduklarını (Dinçel, 2006), bunun da yeme davranışlarını etkilediğini ortaya koymaktadır (Levine, Smolak ve Hayden, 1994; Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg ve Loth, 2011). Aynı zamanda bu değişimin yetişkinlik dönemine kadar eklenen bazı toplumsal ve kültürel yeni sorumluluklarla (oy kullanma, ehliyet alma, sigara ve alkol satın alma, cinsel ilişki için rızada bulunma, vb.) artarak devam ettiği belirtilmektedir (Atak ve Çok, 2010; Dahl, Allen, Wilbrecht ve Suleiman, 2018). Ayrıca, yetişkinliğe ulaşma yaşının geçtiğimiz on yıllara göre daha da artarak yirmili yaşların ortalarına geldiği ifade edilmektedir (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne ve Patton, 2018). Dolayısıyla, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi insan hayatının önemli bir dilimini kapsamaktadır.

Ergenlik dönemi sonrası ve yetişkinlik dönemi öncesi olan bu ara dönem çeşitli kavramlarla açıklanmaktadır. Bu kavramlar arasında en kabul göreni ise Arnett'in (2000) *beliren yetişkinlik (emerging adulthood)* kavramıdır. Arnett (2000),

bu dönemdeki bireylerin 18-29 yaş aralığında olduğunu, farklı bir yere taşınmak gibi bazı bağımsızlıklar kazanarak ailesinden uzaklaştığını ancak yetişkin bir birey olarak yaşamın getirdiği sorumlulukları da (örneğin, kendi parasını kazanma, kendi evinde kalma, sağlıklı beslenme davranışını oluşturma, vb.) tam olarak üstlenmediğini söylemektedir.

Bu dönemin önemli özelliklerinden biri olan üniversite eğitiminin başlaması ise bireylerin akademik, sosyal ve duygusal olarak uyum sağlama davranışları sergilemesini gerektirmektedir. Akademik uyum yeni okul sistemine ve derslere adaptasyon, ders çalışma motivasyonu, akademik başarı gösterme gibi durumları kapsarken, sosyal ve duygusal uyum ise ergen bireyin diğerleriyle olan ilişkilerini, bağlanma süreçlerini, ilişki başlatabilme ve sürdürebilme becerilerini ve sosyal aktivitelere dahil oluşunu içermektedir (Baker, McNeil, ve Siryk, 1985). Ayrıca, kamusal alandan ve ebeveynlerden gelen sorumlulukları uygun bir şekilde yerine getirmesi beklentisi de gerginlik kaynağı ve akut bir stres olarak beliren yetişkinlik döneminde olan bu bireylerin karşısına çıkabilmektedir (Gall, Evans ve Bellerose, 2000).

Üniversite öğrencilerinin içinde bulundukları dönem nedeniyle yaşadıkları stresin fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar stresin öğrencilerin hem akademik performanslarını, sosyal ve duygusal uyumlarını hem de koruyucu sağlık davranışlarını bozucu etkiye sahip en yaygın faktör olduğunu göstermektedir (Bedewy ve Gabriel, 2015; Friedlander, Reid, Shupak ve Cribbie, 2007). Örneğin, Fisher ve Hood'un (1988) çalışması üniversitenin birinci yılında şehir değişikliği yaşayan -taşınan- öğrencilerin psikolojik ve kognitif bozulmalar yaşadığını göstermiştir. Schaefer, Matthess ve Pfitzer (2007) ise yüksek sınav kaygısının sigara ve alkol kullanımı, düzensiz beslenme gibi sağlığı bozucu davranışlar ve psikiyatrik bozukluklar ile yüksek ilişki içinde olduğunu belirtmişlerdir.

Üniversite öğrencilerinde stres seviyesini arttıran ve yeme davranışının bozulmasına neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler içinde ilk olarak öğrencilerin eğitim aldıkları alanlar (kampüs ortamı/kampüs üniversitesi ya da ayrı

binalarda eğitim/kent üniversitesi) ve bu alanlardaki yaşam koşulları (sağlıklı beslenme alanlarının, sosyal aktivite alanlarının, vb. olması) değerlendirmeye alınabilir (Alleyne, Alleyne ve Greenidge, 2010; Sreeramareddy, Shankar, Binu, Mukhopadhyay, Ray ve Menezes, 2007). Üniversitelerin eğitim veren kurum olmasının dışında birer yaşam alanı olduğu düşünüldüğünde öğrencilerin fiziksel, bilişsel ve ruhsal olarak sağlıklı bir şekilde gelişimlerini sürdürebilmeleri için örneğin, tiyatro, sinema, konser ve spor salonları gibi kendilerini geliştirebilecekleri sosyal alanlara ve aşırı karbonhidrat, şeker ve yağ ağırlıklı olmayan, sağlıklı beslenme prensiplerine göre hazırlanmış (belli oranlarda protein, vitamin, karbonhidrat ve yağ içeren) yiyeceklere ulaşmalarını sağlayacak restoranlara ihtiyacı olduğu bilinmektedir (Altınsoy, 2011; Sıramkaya ve Çınar, 2003). Ancak hem kampüs içi alanlarda hem de şehir içindeki binalarda yer alan yemekhaneler ve yemekhane dışındaki restoranlarda hızlı yemek (fast food) ağırlıklı gıdaların yoğunlukta olması ve bu gıdaların hızlı satın alınıp tüketilebilmesi nedeniyle öğrenciler tarafından tercih edilmesi uzun vadede beslenme yetersizliğine bağlı gelişen sağlık sorunları ve kilo problemlerini de beraberinde getirmektedir (Arslan, Daşkapan ve Çakır, 2015). Yapılan araştırmalar düzenli beslenmemenin ve sağlıklı besinleri içeren gıdaların yeterli miktarda tüketilmemesinin organizma üzerinde olumsuz etkisi olduğunu ve uzun vadede metabolik sendrom, obezite, tip 1 ve tip 2 diyabet, böbrek hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, osteoporoz gibi kronik sağlık sorunlarına, öğrenmede güçlük ve davranış bozuklukları gibi problemlere ve bu hastalıkların ortaya çıkardığı sonuçlarla ilişkili olarak depresyon ve kaygı bozuklukları ile beslenme ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklara yol açtığını göstermektedir (Çaka, Çınar ve Altınkaynak, 2018; Romieu, Hernandez-Avila, Rivera, Ruel ve Parra, 1997; Teasdale, Ward, Rosenbaum, Samaras, ve Stubbs, 2017).

Sağlıksız beslenmenin yol açtığı fiziksel ve psikiyatrik sorunlarla birlikte yeme davranışının bozulma nedenleri arasında sağlıksız beslenme dışında bir çok faktör bulunmaktadır. Culbert, Racine ve Klump (2015) yaptığı derlemede cinsiyet, diyet ve egzersiz programları, psikopatoloji düzeyi, beden memnuniyetsizliği, medya, bireylerin fiziksel görünüme dayalı sosyal karşılaştırma yapması, zayıflık

idealinin içselleştirilmesi, zayıflık beklentisi ve benlik saygısı gibi çeşitli psikososyokültürel faktörlerin yeme davranışlarında bozulma ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, özellikle ergenlik ve beliren yetişkinlik dönemi içinde olan bireylerin sağlıklı yeme davranışlarının oluşturulması için bu faktörlerin kültürel yapı dikkate alınarak toplum temelli çalışmalar vasıtasıyla incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu araştırmada da yeme davranışında bozulmaya neden olan psikososyokültürel faktörler odaklanılan konulardan biri olacaktır.

Yeme davranışlarında oluşan bozulmaya yönelik yürütülen araştırmalar; kadınların beden görünümleri ve kilo miktarlarıyla daha fazla uğraştığını ve yeme örüntülerindeki bozulmanın erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (NEDA, 2013; Preti ve ark., 2009). Bununla birlikte, sağlıklı beslenme davranışı ile fiziksel egzersiz azlığı arasında da pozitif yönlü bir ilişki olduğu rapor edilmektedir (Arslan, Daşkapan ve Çakır, 2015). Ayrıca, beden memnuniyetsizliği ile ilgili yürütülen çalışmalar da bireylerin kilo miktarı, bozulmuş yeme davranışları ile beden memnuniyetsizliği arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu; medyanın kadınlar için sunduğu ince/zayıf ideal beden imajı ile erkekler için sunduğu kaslı/yapılı ideal beden imajının bu ilişkiyi etkilediğini ve benlik saygısını düşürdüğünü ortaya koymaktadır (Fernandez ve Pritchard, 2012; Keel, 2017a, s.32; Soutter, 2017, s.40). Öte yandan, sosyal medya kullanımına yönelik tutumlar ve özellikle sosyal medya yoluyla fiziksel görünüşün akranlar ve modeller ile karşılaştırılmasının beden memnuniyetsizliği ile ilişkili önemli değişkenlerden olduğu ve bu değişkenlerin de yeme davranışları üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirtilmektedir. Örneğin, Ferreira, Pinto-Gouveia ve Duarte'nin (2013) yapmış olduğu çalışma sosyal medya kullanımı ile bireylerin fiziksel görünüşlerini karşılaştırmasının beden memnuniyetsizliği ve bozulmuş yeme örüntüleri ile ilişkili olduğunu, ayrıca bu durumun erkeklere göre kadınları olumsuz yönde daha fazla etkilediğini göstermiştir.

Yukarıda sözü edilen psikososyokültürel faktörler değerlendirildiğinde yeme davranışlarını etkileyen faktörler ile beliren yetişkinlik dönemi içinde yer alan bireylerin karşılaştıkları zorlukların (bireylerin kimlik arayışı içinde olması, toplumsal kuralları sorgulaması, dünya görüşünün değişmesi, bedensel değişim

yaşaması, kendi bedenine odaklanması, beğenilme arzusu taşıması, yakın ilişki kurma çabasına girmesi ve davranışlarını buna göre biçimlendirmesi, vb. gibi) birbiri ile örtüştüğü görülmektedir (Arnett, 2000, 2014; Kozan ve Hamarta, 2017). Bu nedenle, YB açısından 18-25 yaş arasında olan üniversite öğrencilerinin büyük risk altında olduğu ve incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

YB ile ilgili yürütülen çalışmalar, tanı konulma yaşının her geçen gün düştüğünü, 18 yaş ve üstü bireylerde özellikle de üniversite öğrencileri arasında yukarıda sözü edilen faktörlerin etkisi ile YB'nin her geçen gün arttığını göstermektedir (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavoracci, 2019; Stice, Marti ve Rohde, 2013). Ancak, aynı zamanda bu grubun hastalık belirtilerini saklama eğilimleri ve tedavi başvurularının düşük olduğu da bilinmektedir (Vandereycken ve Van Humbeeck, 2008). Bu nedenle, riskli grupların belirlenebilmesi için ergenlik dönemi itibari ile tarama çalışmalarının yapılıyor olması erken tedavi süreci ile bu kişilerin topluma kazandırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Bir diğer yandan, YB'nin ortaya koyduğu fiziksel ve psikiyatrik olumsuz sonuçlar ele alındığında yetişkin olup topluma katılması beklenen gençlerin hastalık yaşantısı içinde olmasının hem bireysel hem de toplum sağlığı açısından ilişki kuramama, üretime katılamama, kontrol altında kalma ve/veya bakım verene bağlı olma gibi bazı olumsuz sonuçları bulunmaktadır (Hartmann, Zeeck ve Barrett, 2010; Okumuş, Baykal, Deveci ve Karaköse, 2018). Bu nedenle tedavisi zorlu olan bu hastalık oluşmadan önce risk altında olan kişilerin belirlenmesi, bozulmuş yeme davranışlarının patolojik bir soruna dönüşmeden incelenmesi ve gerekiyorsa tedavi altına alınması çok önemlidir.

YB hastalarına tanı konulması ve hastaların tedavisi kadar önemli olan bir diğer nokta da yeme davranışı bozulmuş ve YB hastası olmak için aday olan bireylerin koruyucu ve önleyici çalışmalara dahil edilmesidir. Araştırmalar, YB'ye neden olan faktörlerin incelendiği ve bireylerin yaşadıkları zorlukların ele alındığı koruyucu ve önleyici çalışmaların hem YB yaygınlığının artmasına engel olduğunu hem de birer yetişkin aday olan bu kişilerin sağlıklarını uzun vadede koruduğunu göstermektedir (Stice ve Shaw, 2004; Stice, Shaw ve Marti, 2007). Bu nedenle

beliren yetişkinlik dönemini kapsayan fiziksel, bilişsel ve duygusal sorunlar yadsınmamalı ve bireylerin yeni bilgiler öğrenebileceği ve sorunlarını anlatabilecekleri ortamlar hazırlanmalıdır.

Yukarıda sözü edilen bilgiler ışığında; bu araştırmada, YB'nin üniversite öğrencileri arasında yaygınlığının ve YB'ye neden olan psikososyokültürel değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, araştırmada öncelikle İstanbul'da eğitimine devam eden üniversite ğrencilerinin YB belirtileri taranıp risk grubunda olanlar tespit edilmiş, ardından YB tanısı konulup konulmadığı belirlenmiş ve sonrasında YB tanısı konulan ve konulmayan grubun psikososyokültürel faktörlere göre özelliklerine bakılmıştır. Böylece bu çalışma ile İstanbul'da YB'nin grlme sıklığının ve YB ile ilgili psikosooyokltrel faktörlerin belirlenmesinin sağlanması hedeflenmiştir. Ayrıca elde edilen bu bilgiler yoluyla beliren yetişkinlik döneminde olup risk grubunda yer alan bireylerin özelliklerinin tespit edilmesi ve bunun da koruyucu/önleyici çalışmaların oluşturulmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Tüm bu nedenlerle bir sonraki bölüm olan literatür taraması kısmında ilk olarak sağlıklı ve bozulmuş yeme davranışları tanımlanacak, ardından yeme davranışına etki eden ve yeme davranışında bozulma ile ilişkili olduğu bilinen psikosooyokltrel faktörlere (cinsiyet, diyet ve egzersiz davranışı, psikopatoloji, sosyal karşılaştırma, medyanın etkisi ile zayıflık idealinin içselleştirilmesi ve zayıflık beklentisi) değinilecektir. Sonrasında ise YB'nin epidemiyolojisi ve etiyolojisi, YB'de tanı ve sınıflandırma, klinik değerlendirme, tedavi ve koruyucu/önleyici çalışmalar aktarılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, yeme davranışları ‘sağlıklı’ ve ‘bozulmuş’ olarak iki başlıkta ele alınacak, YB’ye etki ettiği düşünülen psikososyokültürel değişkenler incelenecek ve ardından YB’nin epidemiyolojisi, etiyojisi, tanı kriterleri ve tedavi yöntemleri ile YB alanında yapılan koruyucu sağlık çalışmaları detaylandırılacaktır.

1.1. Yeme Davranışı

Yeme davranışları bireylerin biyolojik ihtiyaçları kadar psikolojik ihtiyaçlarını da karşılayan bir içeriğe sahiptir. Bireyler yemek tercihlerini duygusal nedenler gibi herhangi bir karıştırıcı faktör olmadığında, vücutlarında doğal olarak ortaya çıkan açlık, tokluk ve doyguluk sinyallerini dinleyerek sezgisel bir biçimde oluşturabileceği gibi öfke, baskı, aşırı heyecan, stres ve beden ile ilgili kaygılar gibi durumlarda olumsuz duyguların artmasıyla birlikte de oluşturabilirler (Akay, G., 2016; İnalkaç ve Arslantaş, 2018). Bu durum da yeme davranışlarında bozulmalar meydana getirebilir. Aşağıdaki bölümde sağlıklı ve bozulmuş yeme davranışları ele alınacak ve arasındaki farklara değinilecektir.

1.1.1. Sağlıklı Yeme Davranışı

İnsan vücudu için yararlı olduğu belirtilen ve sağlıklı besin içeriğine sahip olarak tanımlanan yiyecek ve içeceklerin neler olduğu modern tıbbın da ilerlemesiyle, yıllar içinde gelişen teknoloji, teknik ve analiz yöntemleri ile birçok değişikliğe uğramıştır. Örneğin 1820’li yıllarda İngiltere’de genç kadınlara sağlıklı kalabilmek için biraz kızarmış tavuk eti, kuzu pirzolası ve yarım bardak İskoç birası, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ise mısır, yulaf ve çavdardan yapılmış ekmek, şeker kamışı ve bir miktar tuzlu domuz eti yemesi önerilirken bugün bu bilgiler tamamen değişmiş ve bambaşka bir düzene geçilmiştir (Ogden, 2010c, s. 9).

Güncel tanımı ile sağlıklı beslenme, belirli besin maddelerinin uygun ölçü ve zamanlarda, sağlığın korunması, vücudun büyüme ve gelişmesi, yaşam kalitesinin artırılması için vücuda yararlı olacak şekilde tüketilmesi olarak ifade edilmektedir (Ogden, 2010; Pekcan, 2008). Dolayısıyla bireylerin sağlıklı olarak yaşamlarına devam edebilmeleri için sağlıklı ve doğru beslenmenin çok önemli bir yeri vardır.

Sağlıklı beslenme; karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral ve su gibi belli tür besin öğelerinin, bireyin gelişim dönemlerine ve günlük harcadığı enerji miktarına göre belli oranlarda, düzenli olarak ve ‘normal’ bir yeme davranışı ile mümkün olabilmektedir (WHO, 2018a). Belli besin türlerinin tek yönlü alınması ise sağlığa zarar vermekte ve çeşitli hastalıklara neden olabilmektedir (WHO, 2018b).

Normal yeme, fiziksel olarak açlık hissedene kadar yemek yemeye başladıktan sonra tokluk hissedene kadar yiyip, doyduğunda ya da yediği miktarın yeterli olduğunu düşündüğünde yeme işlemini bitirmesi olarak tanımlanabilir. Normal yemek yiyen kişiler hangi besinlere ihtiyacı olduğunu tanımlayabilen, aşırı yağlı ve şekerli yiyecekleri tüketmekten uzak duran, önünde en sevdiği yiyecekler olsa bile yeterli miktarı yedikten sonra durabilen, bazen üzgün, mutsuz, keyifli ya da sıkılmış olduğunda ve sağlıksız besinler tükettiğinde kurallarını esnetebilen, sonrasında bunu telafi edebilen ve yeniden sağlıklı yeme düzenine geçebilen kişiler olarak belirtilmektedir (Satter, 2011). Ancak araştırmalar göstermektedir ki aşağıdaki bölümlerde ele alınan bazı durumlarda ‘normal’ olarak tanımlanan yeme davranışı bozulmakta ve bu da fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Kärkkäinen, Mustelin, Raevuori, Kaprio ve Keski-Rahkonen, 2018; Wade, Wilksch, Lee, 2012).

1.1.2. Bozulmuş Yeme Davranışı

Bireylerin yeme düzenleri ve davranışları stresli bir olay karşısında, fiziksel ya da ruhsal bir hastalık olduğunda veya kilo vermek ve daha ince görünmek gibi çeşitli kişisel nedenlere bağlı olarak geçici değişikliklere ve bozulmalara uğrayabilir (Gitimu ve ark., 2016). Bu değişiklik ve bozulmalar fiziksel ya da sosyal bir ihtiyaç olmadan sadece duyguların etkisi ile ortaya çıkan ve çoğunlukla olumsuz duygularla

mücadele etmek için kullanılan ve duygusal yeme olarak da tanımlanan aşırı yeme davranışları şeklinde görülebileceği gibi yemeyi kısıtlama, öğün atlama, belli tip yiyecek gruplarından uzak durmak gibi davranışlar şeklinde de görülebilir (Eaton ve ark., 2010; İnalkaç ve Arslantaş, 2018). Bu durum, aile ve kültürden gelen kötü bir beslenme alışkanlığı ya da kişinin yaşam koşullarına bağlı olarak sürdürdüğü kötü bir beslenme düzeni olmanın ötesinde bazen yeme ile ilgili patolojik bir hastalığın habercisi olabilir.

Bazı durumlarda, yaşanan probleme bağlı olarak düzensizleşen beslenme davranışı, yaşanan problem ortadan kalktığında herhangi bir profesyonel destek gerekmeden kendiliğinden geçebilir. Ancak düzensiz beslenmenin uzun süre devam etmesi, işlevsel kayıplar yaşanması, bireylerin fiziksel ve ruhsal iyilik hallerinin olumsuz olarak etkilenmeye ve bilişsel zorlukların oluşmaya başlaması yeme ile ilgili bir bozukluğun varlığını gösterebilir.

Düzensiz beslenme ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkiye yönelik çok sayıda araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar genellikle yeme davranışındaki bozulma ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkiler ile yeme bozukluğu olan kişilerin geçmiş dönemlerinde yeme düzenlerinde ne tür değişimler olduğunu incelemektedir. Örneğin, Tylka ve Subich (2002) yapmış oldukları çalışmada lise ve üniversitede olan kadınların %59'unun öğün atladığını, %36.7'sinin günde 1200'den az kalori tükettiğini, %30'unun yağları, %26.5'inin karbonhidratları ortadan kaldırdığını, %27.7'sinin ağır egzersiz yaptığını, %25.9'unun neredeyse 24 saate yakın hiç yemek yemediğini, %15.7'sinin iştah baskılayıcı ilaç, %7.2'sinin müshil, %6.6'sının diüretik kullandığını, %4.8'inin ise kilo kontrolü için kustuğunu bulgulamışlardır. Fernández-Aranda ve arkadaşları da (2007) yeme bozukluğu hastalarının çocukluk ve erken ergenlik döneminde kahvaltıyı atlamak, fazla miktarda sağlıksız yiyecekleri tüketmek gibi anormal yeme biçimlerine sahip olma olasılığının yüksek olduğunu bildirmektedirler. Yeme bozuklukları, obezite ve bozulmuş yeme davranışları ile ilgili 5 yıllık boylamsal bir çalışmanın sonuçları ise sağlıksız kilo kontrolü davranışlarını kullanan ergenlerin, sağlıksız kilo kontrolü davranışlarını kullanmayanlara göre 5 yıllık süre içinde Beden Kitle İndekslerini (BKİ) bir birim

arttırdığı ve tıkmırcasına yeme atakları açısından daha büyük bir risk altında olduklarını ortaya koymuştur (Neumark-Sztainer, Wall, Guo, Story, Haines ve Eisenberg, 2006). Bununla birlikte 10 yıl süren başka bir boylamsal çalışma ise bozulmuş yeme davranışlarının sadece ergenlik döneminde değil genç yetişkinlik döneminde de yeme bozuklukları açısından hala risk oluşturduğunu göstermektedir (Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg ve Loth, 2011).

Bu doğrultuda yeme davranışlarındaki değişimin ardındaki nedenler ve davranışların tutarlılığına bakılarak oluşan bozulmanın kapsamı klinisyenler tarafından detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Aşağıda yer alan Şekil 1’de bozulmuş yeme davranışı ve yeme bozukluğu arasındaki farklar incelenmektedir.

Şekil 1: Bozulmuş yeme davranışı ve yeme bozuklukları arasındaki farklılıklar

	<u>Bozulmuş Yeme</u>	<u>Yeme Bozukluğu</u>
Temel Ayrım	Bir yaşam olayına tepki. Bir alışkanlık. Problemlili davranış.	Bir hastalık
Psikolojik Belirtiler	Sağlık, sosyal, okul ya da iş alanlarında sorunlara yol açmayan beden, yiyecekler ve yeme ile ilgili sık olmayan düşünce ve davranışlar	Sağlık, sosyal, okul ya da iş alanlarında sorunlara yol açan beden, yiyecekler ve yeme ile ilgili sık ve dirençli düşünce ve davranışlar
Bağlantılı Tıbbi Sorunlar	Nadiren önemli tıbbi komplikasyonlara neden olan geçici kilo değişiklikleri veya beslenme sorunları.	Hastanede yatış ve hatta ölüme neden olabilecek önemli tıbbi komplikasyonların varlığı olabilir.
Tedavi	Ruh sağlığı uzmanları ve beslenme danışmanlığı yardımcı olabilir ancak kendiliğinden de düzelebilir.	Uygun tedavi olmadan sorun ortadan kalkmaz. Bununla birlikte bozulmuş yeme, yeme bozuklukları için ciddi bir risk faktörüdür.

Kaynak: Judd, 2011, s.18

1.1.3. Yeme Davranışına Etki eden Psikososyokültürel Etkenler

Bu bölümde yeme davranışlarındaki bozulma ile ilişkili olduğu bilinen cinsiyet, diyet ve egzersiz programları, psikopatoloji, yazılı, görsel ve sosyal medya, bireylerin özellikle bedenleri ile ilgili sosyal karşılaştırma düzeyleri, zayıflık idealinin içselleştirilmesi ve zayıflık beklentisini kapsayan psikososyokültürel faktörler ele alınacaktır.

1.1.3.1. Cinsiyet

Araştırmalar yeme davranışında oluşan bozulmanın ve YB'nin görülme oranlarının özellikle kadınlarda daha çok olduğunu bildirmektedir (NEDA, 2013; Preti ve ark., 2009). Bununla birlikte neden erkeklerde yeme davranışlarında daha az bozulma yaşandığı ve YB oluşma riskinin kadınlara göre daha düşük olduğu ise merak edilen konulardan biridir. Bu noktada yapılan araştırmalar, endokrin mekanizmalar gibi biyolojik farklılıkların yanı sıra kadın ve erkek üzerinden toplumsal cinsiyet rollerinin tanımlanması, erkeklerin daha az sosyokültürel baskıya ve medya baskısına maruz kalması, kilo ve görünüş ile ilgili daha az içselleştirme yapması gibi konular üzerine odaklanmaktadır (Soutter, 2017).

Bebeklik ve çocukluk döneminde kadın ve erkeklerin yeme örüntülerinin benzer olduğu bilinmektedir. Ancak ergenlik dönemine gelindiğinde büyüme hormonlarının da etkisi ile erkeklerin enerji alımlarının yani yeme miktarlarının kadınlardan daha fazla olması iki cinsiyet arasında vücut/kas ve metabolizma yapılarındaki farklılık ile açıklanabilmektedir (Erkan, 2008). Ayrıca toplumun kadın ve erkek cinsiyetlerine yükledikleri roller (kadınlarda daha zayıf/ince/narin, çaresiz, uyum gösteren ve kendi beden görünümü ile meşgul olan yani kadınsı olarak tanımlanan özellikler, erkeklerde daha kaslı/yapılı/güçlü, mücadeleci gibi erkeksi olarak tanımlanan özellikler; aile, sosyal çevre ve medyadan gelen baskı ve beklentiler) önemli etkenler olarak sayılmaktadır (Hepp, Spindler ve Milos, 2005). Bununla birlikte Amerikan Psikologlar Birliği, Kızlar ve Kadınlarla Psikolojik

Uygulamalar Rehberi (*American Psychological Association Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women*) (2007), kadınların eğitim, kariyer, sağlık ve kişisel yaşamda erkeklerden daha fazla ayrımcılığa uğradığını ve erkeklere oranla dokuz kat daha fazla yeme bozukluğu geliştirme olasılıkları olduğunu bildirmektedir (APA, 2007).

Raeuori, Keski-Rahkonen ve Hoek (2014), erkeklerde YB'yi incelediği DSM-5'i kapsayan bir derleme çalışması yürütmüşler ve AN'nin %0.2 - %0.3, BN'nin %0.1 - %0.5, TYB'nin ise %1.1 - %3.1 oranında görüldüğünü; erkeklerin bozulmuş yeme tutumlarını ölçen ölçeklerde kendilerine kadınlara oranla daha az puan verme eğiliminde olduklarını ancak kusma, tıkinma ya da laksatif (müshil) kullanma gibi temel yeme bozukluğu semptomları açısından cinsiyete göre bir farklılık olmadığını rapor etmişlerdir.

YB'nin görülme oranlarının kadınlarda daha yüksek olduğu bilinse de toplumda azınlık grubu olarak tanımlanan gey ve biseksüel erkekler ile cinsiyet değiştiren (transgender) kişilerde yapılan araştırma sonuçları, bu grupta genel olarak psikopatolojinin yaygın olarak görülmesi ile birlikte (Cochran, Stewart, Ginzler ve Cauce, 2002; Oost, Livingston, Gleason ve Cochran, 2016) YB yaygınlığında da artış olduğunu göstermektedir. Örneğin, Diemer, Grant, Munn-Chernoff, Patterson ve Duncan (2015) yapmış oldukları çalışmada cinsiyet değiştiren (transgender) kişilerin %16'sında YB olduğunu bulgulamışlardır. Yine aynı çalışma cinsiyet değiştiren kişilerin (transgender) natrans (trans olmayan) heteroseksüel erkeklerden daha fazla YB semptomu gösterdiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, Feldman ve Meyer'in (2007) yapmış oldukları çalışma da gey ve biseksüel erkeklerin YB prevalans tahminlerinin heteroseksüel erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir.

1.1.3.2. Diyet ve Egzersiz/Fiziksel Aktivite Davranışları

1.1.3.2.1. Diyet

Diyet, bir kişinin yemeyle ilgili fiziksel ve zihinsel koşullarını, bir günde tüketilen yiyecek ve içecek miktarını ve içeriğini ifade eder (Leonard, 2016). Ancak diyet, genel olarak kalori alımının bir nedene bağlı olarak belli bir düzende kısıtlanması olarak tanımlanmaktadır (Wilson, 2002). Kilo kaybetmek amacıyla kalori kısıtlaması yapılarak uygulanan diyetlerin olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaması için günlük besin ihtiyacını dengeli bir şekilde karşılaması ve bir uzman eşliğinde yürütülmesi gerekmektedir.

Bununla birlikte diyet yapma, kilo verme yöntemlerinden sadece birini oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar bireylerin kilo vermek için diyet yapmasının yanı sıra egzersiz uyguladıklarını, ayrıca ilaç kullanma, öğün atlama, kilo kontrolü amacıyla oruç tutma, kusma veya müshil kullanma gibi sağlığa zarar verici davranışları olduğunu göstermektedir (French, Perry ve Leon, 1995; Serdula ve ark., 1993).

Beslenme davranışı ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar yeme kısıtlamasının/diyet yapmanın, aşırı egzersiz uygulamanın ve öğün atlamanın yeme bozukluklarının ön belirtilerinden olduğunu göstermektedir (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer ve Agras, 2004). Özellikle ergenlik döneminde kadınlarda zayıf olmaya yönelik algılanan toplumsal baskı ile uygulanan diyet davranışının yeme bozukluklarının gelişmesinde önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Örneğin Londra’da 15 yaşında okula devam eden kızlarla yürütülen bir çalışmada diyet yapanların 1 yıl içinde yeme bozukluğu geliştirme riskinin diyet yapmayanlara göre 8 kat daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Wilson, 2002). Patton, Selzer, Coffey, Carlin ve Wolfe (1999) ise, katı diyet uygulayan kızların 6 ay içinde yeme bozukluğu geliştirme ihtimallerinin diyet yapmayanlara göre 18 kat fazla olduğunu; Goldschmidt, Wall, Loth, Le Grange ve Neumark-Sztainer (2012), diyet yapan kişilerin diyet yapmayanlara göre 5 yıllık süre içinde TYB geliştirme

ihtimallerinin 2 ile 3 kat fazla olduğunu, özellikle depresyon ve benlik saygısı düşüklüğünün diyet yapanlarda TYB ihtimalini arttırdığını bildirmişlerdir.

Bununla birlikte hem klinik hem toplum temelli araştırmalarda BN hastaları, tıkinma atakları başlamadan önce diyetle başlamış olduklarını bildirmişlerdir (Brewerton, Dansky, Kilpatrick ve O'Neil, 2000). Ancak, Elran-Barak ve arkadaşlarının 2015 yılında DSM-5'e göre AN'nin çıkartma tipi, BN ve TYB belirtileri gösteren ve tedavi arayan 845 kişilik bir grup ile yürütmüş oldukları araştırmada bütün diyet kısıtlama davranışlarının tıkinma atakları ile ilişkili olmadığı, küçük ve düşük kalorili öğünlerle daha fazla yeme sıklığı bildiren BN'li yetişkinlerin genel olarak yemeleri üzerinde daha fazla kontrol gösterdikleri ve bu nedenle de daha düşük tıkinma atakları olabileceği bulgulanmıştır. Ayrıca araştırmacılar, klinisyenlerin tüm katı diyet ve kilo kontrolü davranış biçimlerinin tıkinircasına yemeye neden olduğunu varsaymadan önce, tedavinin başlangıcındaki diyet kısıtlama davranışlarının değerlendirilmesini önermişlerdir (Elran-Barak ve ark., 2015).

1.1.3.2.2. Egzersiz/Fiziksel Aktivite

Düzenli fiziksel aktivite, kilo vermek ve kiloyu sağlıklı bir aralıkta tutmak için çok önemlidir. Araştırmalar, egzersizin ana belirleyicilerinin sadece sağlıkla ilgili endişeler değil, düşük vücut yağı veya kilo isteği, pozitif kişisel imaj, çocukluk dönemi egzersizi, yüksek öz motivasyon, tesislere erişim kolaylığı ve egzersizin eğlenceli ve sosyal destek sağlayıcı katkısı olduğuna yönelik inançlar olduğunu göstermektedir (Dishman, Sallis ve Orenstein, 1985). Ek olarak, kadınların egzersiz yapmaları için temel motivasyon kaynaklarının beden şeklini değiştirme, kilo kontrolü ve çekicilik gibi değişkenler olduğu da bildirilmiştir (Furnham and Greaves, 1994). Örneğin, Grogan (2008) çalışmasında kadınlarla yapılan görüşmeleri derlemiş ve kadınların sağlıktan ziyade beden memnuniyetsizliği nedeni ile kilo vermek için egzersiz yaptığını rapor etmiştir.

Egzersiz davranışı ile yeme bozuklukları arasında yakın bir ilişki vardır ve egzersiz, yeme bozukluğu olan bireylerde kilo kontrol araçlarından biri olarak

kullanılmaktadır (Köroğlu, 2014a). Egzersiz davranışı ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki fiziksel aktivite sıklığı, zorluğu/ yoğunluğu ve hangi motivasyonla yapıldığının (ağırlık ve beden şekli ile ilgili kaygılar) birlikte ele alınması ile tanımlanan ‘aşırı egzersiz’ kavramı üzerinden incelenmektedir (Holland, Brown ve Keel, 2014; Mond, Hay, Rodgers, Owen ve Beumont, 2004). Aşırı egzersiz, sıklıkla olumsuz sonuçlara rağmen davranışı kesmek veya durdurmak için yetersizlik veya isteksizlik ve dürtüsel bir davranış olarak tarif edilmektedir. Özellikle AN tanısı olan ve hastalığın akut evresindeki kişilerde yaygın olarak görülmekle birlikte BN’nin çıkartma olmayan tipinin de belirleyici özelliklerindendir (Shroff ve ark., 2006). Ayrıca, YB’si olan bireylerin özellikle aşırı egzersiz sonrası bedenlerine yeterli miktarda kalori almamalarının zihinsel sorunlarla birlikte dehidrasyon, yorgunluk, kasların parçalanması, eklemlerin ve kemiklerin zarar görmesi, amonere ve elektrolit dengesizliğinden kaynaklı kardiyovasküler sorunların oluşması gibi fiziksel hasarlara neden olabileceği bildirilmektedir (Robert-McComb ve Bayer, 2012).

1.1.3.3. Psikopatoloji

Yeme davranışlarının bozulmasında ve bozulmuş yeme davranışlarından yeme bozukluğuna giden süreçte birden fazla faktör rol oynamaktadır. Yeme bozukluklarının bazı içsel sorunların ve çözülmemiş problemlerin dışsal bir ifadesi olduğu düşünüldüğünde bazı psikolojik özelliklerin bireylerin yeme davranışlarını bozduğu ve yeme bozukluğu geliştirmesini kolaylaştırdığı söylenebilir. Yapılan araştırmalar düşük benlik saygısı ve kendilik değerinin, onaylanma ve kontrol ihtiyacının, depresyon ve anksiyete bozukluklarının, beden imgesi bozukluğunun, obsesif, mükemmeliyetçi ve siyah - beyaz düşünme biçimlerinin yeme bozukluğu için risk faktörü olduğu göstermektedir (Ambrose ve Deisler, 2015, s.40). Bu bölümde yeme bozukluğu oluşmasında rol oynayan beden memnuniyetsizliği, depresyon bozuklukları, iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar ile kaygı bozuklukları, takıntı zorlantı bozukluğu ve beden algısı bozukluğu üzerinde durulacaktır.

1.1.3.3.1. Beden Memnuniyetsizliği ve Beden İmgesi

Yemek yemek ya da yememek kilo değişimine yol açarak beden şekli ve ağırlığının değişmesinde temel bir rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalar artan ya da azalan beden ağırlığının, bireylerin kendi ağırlık ve beden şekillerine yönelik kaygılarını arttırdığını, bunun da beden memnuniyetsizliğine (BM) yol açtığını söylemektedir (Goldfield, Moore, Henderson, Buchholz, Obeid ve Flament, 2010).

BM, bireylerin ağırlık, gövde, kalça, göğüs, bacak ve kol gibi beden şeklini veya bedeninin parçalarını öznel bir şekilde olumsuz değerlendirmesine denmektedir (Stice ve Shaw, 2002). BM için risk faktörleri cinsiyet, yaş, cinsel yönelim, sosyal sınıf / sosyoekonomik seviye, etnik köken ve gelişimsel süreçler olarak sıralanırken medya, kültür, aile, psikolojik problemler ve anne-kız ilişkisi başta olmak üzere ebeveynlerle ilişki de nedensel faktörlerin içinde ele alınmaktadır (Ogden, 2010b).

‘BM’ kavramı ‘beden imgesi’ (Bİ) bileşenlerinden biridir. Bu nedenle bu bölümde ‘BM’ ve yeme davranışı ile ilişkisi ele alınmadan önce ‘Bİ’ kavramı kısaca incelenecektir.

Bİ, ilk olarak Schilder (1950) tarafından bugün de çoğunlukla kullandığımız hali ile ‘bir kişinin görünüşüyle ilgili zihnindeki resmi’ olarak tanımlanmıştır. 1950’lerden bugüne kadar çeşitli alanlarda araştırma konusu olan Bİ, 1990’da Thompson tarafından 3 bileşene bölünerek incelenmiştir: 1) Algısal bileşen; kişinin beden ölçüsüne/büyüklüğüne yönelik tahmini, 2) Öznel bileşen; kişinin bedenine karşı duyguları, düşünceleri ve tutumları, 3) Davranışsal bileşen; kişinin vücudu ile ilgili rahatsız hissedebileceği yer ve durumlardan kaçma eğilimi ve tekrarlayan kontrol davranışları.

Bİ’de yaşanan bozulma (Beden İmgesi Bozukluğu-BİB) Bİ’nin algısal bileşeni başlığı altında incelenirken, BM ya da beden ölçüsünde/büyükliğünde bozulma Bİ’nin öznel bileşeni ile ilgili olarak ele alınmaktadır (Thompson, 2001). Bu nedenle BM’nin BİB ile karıştırılmaması önemlidir. Örneğin, AN hastalarının bedenini olduğundan büyük olarak algılaması BİB iken, BM’nde kişinin kendine

verdiği değerin belirlenmesinde beden ağırlığı ve beden şekline yüklediği aşırı önem bulunmaktadır (Stice ve Shaw, 2002).

Yapılan araştırmalar kadınların büyük çoğunluğunun çocukluk dönemi itibari ile beden görünümlerinden memnun olmadığını ortaya koymaktadır. Ancak, BM toplumda özellikle kadınlarda daha fazla olmakla birlikte erkeklerde de yaygın olarak görülen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Mitchison ve Mond, 2015; NEDA, 2013; Paxton, Eisenberg ve Neumark-Sztainer, 2006). Çünkü, özellikle ergenlik döneminde, bireyler yetişkin vücut ağırlığının yaklaşık %50'sini kazanmakta ve bu dönemde erkeklerde kas, kızlarda ise vücut yağı ve kalça genişlemesinde artış meydana gelmeye başlamaktadır. Ancak batı kültürünün kızlarda ince/zayıf, erkeklerde ise kaslı/yapılı bir bedeni ideal olarak sunması kızların ve erkeklerin beden memnuniyetsizliğini meydana getiren nedenler arasında sayılmaktadır (Benowitz-Fredericks, Garcia, Massey, Vasagar ve Borzekowski, 2012).

2014 yılında Amerika'da 18 yaş ve üstü kişilere yönelik yapılan bir meta analiz çalışmasında farklı beden bölgeleri ile ilgili BM'nin kadınlar arasında %11-72, erkekler arasında ise %8-61 oranında görüldüğü bulgulanmıştır (Fiske, Fallon, Blissmer ve Redding, 2014). Lise ve üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da kadın katılımcıların beden şekli ve ağırlığından erkek öğrencilere oranla daha az memnun olduğu, kilo arttıkça yeme kısıtlama davranışlarının görüldüğü ve BM'nin arttığı bulgulanmıştır (Goldfield, Moore, Henderson, Buchholz, Obeid ve Flament, 2010; Mulasi-Pokhriyal ve Smith, 2010). 11-15 yaş arasındaki öğrencilerle yapılan başka bir çalışma ise erkek öğrencilerin yaklaşık %20'sinin kız öğrencilerin yaklaşık %37'sinin BM bildirmesi ile birlikte erkek öğrencilerin %7'sinin, kız öğrencilerin de %15'inin diyet yaptığını bildirmiştir (Børresen ve Rosenvinge, 2003). 7-8'li yaşlardan 14-15'li yaşlara kadar 351 çocuğun izlendiği boylamsal başka bir çalışmada da kızların BKİ'lerinden bağımsız olarak erkeklerden daha ince olmayı istedikleri ve kızların BM düzeylerinin yine BKİ'den bağımsız olarak sadece kilo verme arzusu ile ilişkisi olduğu bulgulanmıştır (Lee, Sohn, Lee ve Lee, 2004).

Yukarıda yer alan araştırmalardan da görüldüğü üzere BM her yaşta görülmekte ve gün geçtikçe görülme yaşı düşmektedir. Bu nedenle, özellikle son yıllarda çocuklarda BM düzeyleri daha fazla araştırılmaya başlanmıştır. Örneğin, 3-5 yaş arasında olan 68 kız, 76 erkek çocukla yürütülen bir çalışmada çocukların BM'nin daha büyük yaşta olan çocuklar ve yetişkinlerle benzerlik taşıdığı ve kendi bedenlerine yönelik algılarının aile bireylerinin bedenlerine yönelik hatalı algıları ile benzeştiği bulgulanmıştır (Tremblay, Lovsin, Zecevic ve Larivière, 2011). Başka bir araştırma da 5 yaşındaki kız çocukları ile yürütülmüş ve kız çocuklarının BM ve annelerinin kilo kaygıları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. (Davison, Markey ve Birch, 2000).

BM ve kilo ile ilgili kaygılar çocukluk döneminden yetişkinliğe kadar özellikle kadınların uzman desteği almadan kendi başına kısıtlayıcı diyetler uygulamasına (Stice ve Shaw 2002), erkeklerin kaslarını geliştirmek için sağlıksız beslenmesine ve bozulmuş yeme davranışları sergilemesine (Labre, 2002; Jones ve Crawford, 2005) neden olmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar sonucu elde edilen prospektif kanıtlar da diyetin yeme patolojisi ile ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle BM'nin önemli bir sonucu düzensiz yeme riskini arttırmasıdır (Stice, Marti, Rohde, 2013).

Ancak BM de YB'nin nedensel faktörlerinden sadece biridir (Stice, Marti, Rohde, 2013). Bu nedenle, BM ve bozulmuş yeme davranışının neden YB'ye dönüştüğü ile ilgili ileri araştırmalar yapılmakta ve bu araştırmalarda aynı zamanda dürtü kontrol, sosyal olarak güvensiz olma (social insecurity), beden kontrolü, görüntüye yönelik olumsuz inançlar, kişilik tipleri, sosyal baskı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve medyanın etkisi gibi konulara odaklanılmaktadır (Tylka, 2004).

1.1.3.3.2. Depresyon Bozuklukları, İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar

DSM-IV-TR'de *Duygudurum Bozuklukları (Mood Disorders)* başlığı altında sıralanan Majör Depresif Bozukluk, Distimi, Bipolar Bozukluk I – II (BB) ve

Siklotimi yenilenen DSM-5'te değiştirilmiş ve bu hastalıklar *Depresyon Bozuklukları* ile *İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar* olmak üzere 2 farklı başlık altında sıralanmıştır (Köroğlu, 2014b). Ancak, DSM-5 yayınlanmadan önce yürütülen yeme bozuklukları ile depresyon ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar genelde 'Duygudurum Bozuklukları' genel başlığı altında ele alınmıştır. Bu nedenle bu bölümde 'Duygudurum Bozuklukları' adı kullanılarak incelenen araştırmalar DSM-5 öncesi tanı koyma kriterlerini temel almaktadır.

Bozulmuş yeme davranışından yeme bozukluğuna uzanan yolda psikopatolojinin önemi ve özellikle duygudurum bozuklukları ile yeme bozuklukları arasında bir ilişki olduğu yapılan araştırmalarca ortaya konmaktadır (Halmi, 2010; Lewinsohn, Striegel-Moore, ve Seeley, 2000). Örneğin, Soutter (2017) çalışmasında Fairburn'ün (1997), düşük benlik saygısı ile depresif belirtiler birleştiğinde yeme ve kilo ile ilgili problemlerin ortaya çıkmaya başladığını ve bu tür hassas zamanların yeme patolojisine katkıda bulunabileceğini söylediğini belirtmiştir. Bununla birlikte, erken ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi boyunca görülen depresif bozukluklar yeme bozukluklarının başlaması, diyet kısıtlaması, çıkartma davranışı ve kiloda yaşanan dalgalanmalar ile ilişkili bulunmuştur (Johnson, Cohen, Kotler, Kasen ve Brook, 2002).

Braun, Sunday ve Halmi (1994), 105 yeme bozukluğu hastası ile yapılandırılmış klinik görüşmeler yapıp YB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve kronolojik sıralamaları incelemişlerdir. Buna göre örneklemin %81.9'una herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı konulurken, depresyonun en yüksek görülen eş tanı olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca AN-Kısıtlayıcı tip olan kişilerin BN'si olan kişilerle kıyaslandığında yeme bozukluğundan daha önce başka bir ruhsal bozukluğu geliştirme ihtimalinin yüksek olduğu bulgulanmıştır. Yine Halmi (2010)'nin yapmış olduğu meta analiz çalışmasında Majör Depresif Bozukluğun AN'de %32-40, BN'de %45-78.6, TYB'de ise %32.3 oranında; BB I ve II'nin AN'de %0.33-3, BN'de %7.1-17.1, TYB'de %12.5 oranında olduğu görülmüştür. McElroy ve arkadaşları (2011), BB hastalarında YB yaygınlığını incelemiş ve BB'si olan hastaların BB belirtileri erken yaşta başladığında ve şiddetli olduğunda YB'nin komorbid olarak

görölme sıklığının seyrek olmadığını bulgulamışlardır. BB'si olan hastalarda AN, BN ve TYB komorbiditesi ve YB'si olan hastalarda BB komorbiditesi ile ilgili yayınlanmış İngilizce çalışmaların tarandığı başka bir çalışmada ise her iki grupta da hastalıklar arasında yüksek komorbidite oranlarının olduğu görölümüş ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının hastalıkların birbirini olumsuz etkilememesi için iki bozukluğa da yararlı olabilecek ajanlarla oluşturulması önerilmiştir (McElroy, Kotwal ve Keck Jr, 2006).

1.1.3.3. Kaygı Bozuklukları (KB), Takıntı ve Zorlantı

Bozukluğu (TZB) ve Beden Algısı Bozukluğu (BAB)

Yapılan araştırmalar ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde özellikle kadınlarda beden şekli ve ağırlığı ile ilgili sosyal görünüş kaygısı (örn., görünüş ile ilgili olumsuz değerlendirilme korkusu), negatif değerlendirilmeye yönelik korku, mükemmeliyetçilik, yeme miktarı ile ilgili kaygı ve ağırlıkta meydana gelen hafif artışların bile ciddi diyet kısıtlamalarını beraberinde getirdiğini ve kusma, laksatif kullanımı gibi sorunlu yeme davranışları oluşturduğunu göstermektedir (Pallister ve Walle, 2008; Levinson ve ark., 2013). Bu durum, bozulmuş yeme davranışları, yeme bozuklukları ve kaygı bozuklukları arasında bir ilişki olabileceğine işaret etmektedir.

Bulik (2002), kaygı bozuklukları ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi 5 farklı model üzerinden tanımlamaktadır. Model 1'de, depresyon ve kaygı bozukluklarının YB'den sonra görölüldüğünü; Model 2'de, depresyon ve kaygı bozukluklarının yeme bozukluklarından önce ortaya çıktığını; Model 3'te, YB'nin aslında altta yatan bir depresyon ya da kaygı bozukluğunun ifade ediliş biçimi olduğunu; Model 4'te, yeme, kaygı ve duygulanım (affective disorders) bozukluklarının aynı nedensel faktörlerin farklı ifade ediliş biçimleri olduğunu (örneğin nörotisizm veya nöroendokrin bozulmalar); Model 5'te ise, yeme, kaygı ve duygulanım (affective disorders) bozukluklarının kendilerine özgü belirtileri olmasına rağmen aynı etiyolojik faktörleri paylaşabileceği ancak hangi bozukluğun önce ortaya çıkacağı ile ilgili öngörüde bulunulamayacağını söyler.

YB ve KB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar daha çok Model 2 ve 5'i destekleyen bulgular sunarak kaygı bozukluklarının AN, BN ve TYB'nin öncülü olduğunu belirtmektedir (Bulik, 2002; Schwalberg, Barlow, Alger ve Howard, 1992). Örneğin Godart, Flament, Lecrubier ve Jeammet (2000), DSM-IV'e göre YB tanısı konulan ve geçmişinde KB öyküsü olan 63 katılımcı ile yürüttüğü çalışmasında AN'li katılımcıların %75'i, BN'li katılımcıların ise %88'inde KB belirtilerinin YB başlangıcını önceden belirlediğini bulgulamışlardır. Swinbourne, Hunt, Abbott, Russell, St Clare ve Touyz (2012)'da benzer şekilde 100 yeme bozukluğu ve 52 kaygı bozukluğu olmak üzere toplam 152 katılımcı ile yürütmüş oldukları araştırmasında YB bozukluğu tanısı olanların %65'inin KB tanısı da aldığını ve katılımcıların %69'unun KB başlangıcının YB'nin başlangıcından önce olduğunu bulgulamışlardır. Bulik ve arkadaşları (1997) da AN ve BN hastalarında KB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %60 olduğunu söylemişlerdir.

YB hastalarında sık görülen KB türünün belirlenmesine yönelik DSM-IV-TR tanı kriterleri kapsamında yürütülen araştırma sonuçları ise Sosyal Kaygı Bozukluğu (sosyal fobi) (SKB) ve Takıntı Zorlantı Bozukluğunun (TZB) sık görüldüğünü göstermektedir (Godart ve ark., 2003; Kaye ve ark., 2004; Levinson ve Rodebaugh, 2012).

SKB, tanıdık olmayan kişiler ve sosyal değerlendirmelerden duyulan korku olarak tanımlanmakta ve SKB'si olan bireylerin olumsuz olarak değerlendirileceklerini düşüp yoğun bir kaygı yaşadıkları belirtilmektedir (Kring ve Johnson, 2017a, s.175). SKB ve yeme davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise düzensiz yeme davranışı ile sosyal kaygı düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Ciarra ve Mathew, 2017; Utschig ve ark. 2010). Özellikle bireylerin sosyal etkileşim kaygısı, incelenme korkusu, olumsuz değerlendirilme korkusu ve sosyal görünüş kaygısının yeme davranışları üzerinde bozucu etkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin, Levinson ve Rodebaugh (2012), yaptıkları çalışmada sosyal görünüş kaygısının beden memnuniyetsizliği, bulimik belirtiler, beden şekli, kilo ve yeme endişeleri ile ilişkili olduğunu; negatif

değerlendirilme korkusunun zayıf olma arzusu ve yemeyi kısıtlama ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır.

TZB ise, bireylerin günlük yaşamını engelleyecek ölçüde yoğun bir şekilde yaşanan tekrarlayıcı, istem dışı, kontrol edilemeyen, kişinin yapmakta kendini zorunlu hissettiği ve rahatsız edici olarak tanımlanan düşünce ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Kring ve Johnson, 2017b, s.203). TZB'si olan kişiler bir düşünceye takılı kalıp o düşüncenin vermiş olduğu rahatsızlık hissinden kurtulmak için belirli davranışları belli bir düzen ve sırada tekrarlamak ihtiyacı hissederler.

Yeme Bozukluğu ve TZB arasındaki ilişki incelendiğinde takıntılı/obsesif düşünme biçiminin yeme davranışlarını bozduğu görülmektedir. Özellikle seçilen yiyecek türleri, yağlı, şekerli ve karbonhidrat içeriği yüksek olduğu düşünülen belli tür gıdalardan uzak durma ve tüketildiğinde kilo aldıracağı ve beden şeklini değiştireceğine yönelik gerçekçi olmayan ve tekrarlayıcı düşünceler bireylerin katı diyet uygulamalarına devam etmesine ve kilo kaybetmeyi sürdürmelerine neden olmaktadır (Ambrose ve Deisler, 2015, s.41). Ayrıca, tekrarlayan bir davranış örüntüsü olarak tanımlanan katı diyet uygulamaları ya da tıknırcasına yeme, rahatsız edici düşüncelerle birlikte olumsuz duygularla baş etmede yaşanan güçlüklerden kurtulma yolu olarak da kullanılmaktadır (Pırıldar, 2013).

Güncel çalışmalar TZB'nin genellikle AN grubunda görüldüğünü, AN ve TZB arasında paylaşılan genetik bir risk olduğunu göstermektedir (Mas ve ark., 2013; Yılmaz ve ark. 2018). Fahy, Osacar ve Marks (1993) yapmış oldukları araştırmada TZB ve AN'si olan hastalar arasında, AN ve TZB belirtilerinin başlangıç yaşının benzer olduğunu ve erken başlangıçlı TZB olan hastaların yeme bozukluğu geliştirme riskinin daha fazla olduğunu bulgulamışlardır. Çocukluk döneminde TZB'si olan 126 kişi ile yürütülen başka boylamsal bir çalışmada ise katılımcıların %12.7'sine yeme bozukluğu (YB) tanısı konulmuş, izlem sürecinde YB tanısı olanların başlangıçta YB semptomları ve gıda ile ilgili takıntılı düşünceleri ve zorlantılarının olduğu tespit edilmiştir (Micali, Hilton, Natatani, Heyman, Turner ve Mataix-Cols, 2011).

DSM-5'te TZB ve İlişkili Bozukluklar kümesinde yer alan ve yeme davranışında bozulma ile ilişkili bir diğer önemli psikiyatrik hastalık ise Beden Algısı Bozukluğudur (BAB). BAB, bir kişinin görünümünde olduğunu düşündüğü hayali bir eksikliği sürekli olarak düşünme, zihinsel meşguliyet, dış görünüşle alakalı tekrarlayıcı davranışlar ve zihinsel eylemlerin varlığı (onay arama, sürekli aynaya bakma, vb.) olarak tanımlanmaktadır (Kring ve Johnson, 2017b, s.204). BAB, yaygın olarak görülmesine rağmen hastaların görünüşlerinden utanç duymaları ve hastalıklarını saklamaları nedeni ile teşhis edilmesi zor bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Grant, Kim ve Crow, 2001). Bununla birlikte, özellikle bazı klinik özelliklerin (bireylerin 'çirkin' olduklarını düşünmeleri, kiloları, kalçaları, göbekleri veya uylukları hakkında belirsiz şikayetlerinin olması, algıladıkları kusurları diyet ve aşırı egzersizle değiştirmeye çalışmaları, vb.) benzeşmesi, BAB'nin YB'ye eşlik eden bir hastalık olarak tespit edilmesini de güçleştirmektedir (Rosen ve Ramirez, 1998). Ancak yapılan araştırmalar, YB bozukluğu olan bireylerin neredeyse yarısına yakınının BAB'nu yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Dingemans, van Rood, de Groot ve van Furth, 2012; Ruffolo, Phillips, Menard, Fay ve Weisberg, 2006). Bu doğrultuda, YB hastalarında BAB'nin belirlenmesinin hem YB hem de BAB tedavisi açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Dingemans, van Rood, de Groot ve van Furth, 2012).

1.1.3.3.4. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bir kişinin kendi değeri, önemi, çekiciliği, yetkinliği ve kendi isteklerini tatmin etme yeteneği ile ilgili hoşnutluk ve kendini kabul duygusu olarak tanımlanmaktadır (Robson, 1988, aktaran Silverstone, 1992). Bununla birlikte benlik saygısı kişinin kendi ile ilgili algısı, kendisi hakkında nasıl hissettiği ve hayatta neler elde edebileceğine dair düşünceleri olarak da tanımlanabilmektedir (Trzesniewski, Donnellan ve Robins, 2013). Benlik saygısı yüksekliği, kendiliğin/benliğin olumlu tarafını, kişilerin kendilerine duydukları saygıyı ve hayranlığı işaret ederken, benlik saygısı düşüklüğü ise kişinin kendisine az saygı duyması ya da duymaması, kendi yaptıklarını beğenmemesi ve kendine güven duymaması gibi kendisi ile ilgili olumsuz değerlendirmeleri işaret etmektedir

(Campbell, Trapnell, Heine, Katz, Lavalley ve Lehman, 1996). Benlik saygısı yüksek olan bireylerin kendilerini geliştirme eğilimlerinin daha fazla olduğu bilinmektedir. Buna karşın benlik saygısı düşük olan bireyler ise genellikle daha temkinli, içe dönük ve muhafazakâr bir şekilde diğerleri ile iletişime geçer ya da iletişim kurmaktan kaçınırlar (Josephs, Larrick, Steele ve Nisbett, 1992).

Düşük benlik saygısı ve ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki bulunmaktadır (Ingham, Kreitman, Miller, Sashidharan ve Surtees, 1986, Silverstone, 1991). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından en son yayımlanan DSM-5'te Depresyon Bozuklukları, İki Uçlu (Bipolar I-II) ve İlişkili Bozukluklar, Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar, Yeme Bozuklukları, Dışa Atım Bozuklukları, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilik Bozuklukları tanı kriterleri, tanı kriterleri ile ilgili açıklamalar, tanıyı destekleyen ilişkili özellikler ve risk ve hastalığın seyri ile ilgili faktörler bölümlerinde düşük benlik saygısı ve etkilerine vurgu yapılmaktadır (Köroğlu, 2014b). Bu bölümde ise düşük benlik saygısı, yeme davranışlarında bozulma ve yeme bozuklukları ile ilişkisi kapsamında ele alınacaktır.

Düşük benlik saygısının, cinsiyet fark etmeksizin tüm ergen grupta beden görünümüne yönelik endişeler ve bozulmuş yeme davranışı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Van Den Berg, Mond, Eisenberg, Ackard ve Neumark-Sztainer, 2010). Bununla birlikte düşük benlik saygısı, özellikle kadınların gerçekçi olmayan zayıflık ideallerine ve 'zayıf beden' dayatması sunan toplumsal normlara uyma çabası içinde olmasına neden olabilir. Bu da düşük benlik saygısı olan bireylerin stresi ve yeme davranışlarını düzenleme yeteneği üzerinde bozucu bir etkiye sahiptir (Silverstone, 1992; Tylka ve Sabik, 2010).

Yapılan çalışmalar, düşük özgüvenin bozulmuş yeme davranışının oluşmasında ve devam etmesinde bir rolü olduğunu, bununla birlikte mükemmeliyetçilik, zayıf öz düzenleme becerileri, zayıf olmayı sürdürme, kişiler arası ilişkilerde bozulma ve beden memnuniyetsizliği gibi yeme bozukluğu için risk faktörü olan diğer değişkenlerle de ilişkili olduğunu göstermektedir (Cockerham, Stopa, Bell ve Gregg, 2009; Erol, Toprak, Yazıcı ve Erol, 2000; Fernandez ve Pritchard, 2012; Lampard, Bryne, McLean, 2011).

Yeme bozuklukları ile düşük benlik saygısı arasındaki ilişkilerin incelendiği araştırmalarda içselleştirme ve fiziksel görünüme dayalı karşılaştırma ile birlikte depresyon ve düşük benlik saygısının BN belirtileri ile ilişkisi olduğu görülmektedir (Durkin, Paxton ve Sorbello, 2007; Perrin, Boone-Heinonen, Field, Coyne-Beasley ve Gordon-Larsen, 2010; Rodgers, Paxton ve McLean, 2014). Bununla birlikte, TYB'si olan kadınlarla yürütülen başka bir çalışmada düşük benlik saygısı ve yoğun suçluluk duygusunun tıkinmadan önceki süreçte var olduğu rapor edilmiştir (Sanftner ve Crowther, 1998). Düşük benlik saygısı ile AN ilişkisinin incelendiği bir meta analiz çalışması da AN'si olan kişilerde sağlıklı kontrollere göre benlik saygısının daha düşük olduğunu göstermektedir (Kästner, Löwe ve Gumz, 2019). Ayrıca, Ackard, Fulkerson ve Neumark-Sztainer (2011) de orta okul ve lise öğrencilerinden oluşan bir örnekleme (4746 kişi) yeme bozukluğu tanısı ve belirtilerine ilişkin psikolojik risk faktörlerini inceleyip TYB ile BN tanısı olan gençlerin, eşikaltı tanısı olan gençlere göre daha düşük benlik saygısı olduğunu ortaya koymuşlardır.

1.1.3.4. Sosyal Karşılaştırma

Festinger'e göre (1954), bireyler düşünce, inanç ve becerilerini destekleyebilmek için kendilerini diğerleri ile karşılaştırma yolunu kullanır ve bir bilgiye sahip olmayı amaçlarlar. Sahip oldukları bilgi ile de sosyal dünyalarını yönetmeye ve olayları kontrol ve idare etmeye çalışırlar. Araştırmalar, yapılan bu karşılaştırmaların kendini değerlendirme, öz eleştiri yapma ve duygudurum üzerinde etkileri olduğunu, kendini geliştirme, ilişki kurma ve benliği güçlendirme ihtiyacı ile yapıldığını (Teközel, 2007) ve genelde bilinçsiz ve spontan bir şekilde gerçekleştiğini göstermektedir (Stapel ve Blanton 2004).

Sosyal karşılaştırmaların yoğun olarak yaşandığı dönemlerden biri olan ergenlik, bireylerin fiziksel ve sosyal olarak değişim yaşadıkları bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Ergen bireyler, özellikle görünüme yönelik sosyal karşılaştırma ile kendilerini ve bedenlerini değerlendirerek bilgi edinmeyi hedeflerler. Ancak araştırmalar, özellikle görünüme dayalı sosyal karşılaştırmaların genellikle ünlüler, modeller ve akranlarla yukarı yönlü yapılmasının (bir kişinin kendisini sosyal olarak

üstün algıladığı biri ile karşılaştırması) yeme davranışları ve beden imgesindeki bozulma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Posavac ve Posavac, 2002; Stormer ve Thompson, 1996; Thompson, Coover ve Stormer, 1999). Faith, Leone ve Allison'un (1997) yürütmüş oldukları araştırma, üniversite öğrencilerinin sosyal karşılaştırma düzeylerinin kilo alma süreçlerine etki edebileceğini göstermiştir. Bununla birlikte, üniversite okuyan kadın öğrencilerin beden memnuniyeti ile ilgili bireysel deneyimlerinin niteliksel yöntemle incelendiği çalışma ise sosyal normlara cevap olarak bedenin şekil verilebilir ve bireysel olarak kontrol edilebilir olduğu teması ile sosyal karşılaştırma yoluyla beden görünümünü değiştirmeye yönelik davranışların genç kadınların yaşamlarını kontrol ettiği temasının ön plana çıktığını ortaya koymuştur (Rudd ve Lennon, 2000).

Bu bölümde, görünüme dayalı sosyal karşılaştırma ünlüler ve akranlar üzerinden ele alınacak ve yeme davranışları üzerinde etkisi tartışılacaktır.

1.1.3.4.1. Akranlarla Sosyal Karşılaştırma

Akranlar, özellikle ergenlik döneminde bireylerin sosyal beklentilerinin tanımlanmasında, kimlik oluşturulmasında ve benliğin değerlendirilmesinde kritik bir öneme sahiptir (Kerr, Stattin, Biesecker ve Ferrer-Wreder, 2003). Eğitim ortamında ya da diğer sosyal çevrelerde arkadaşları tarafından kabul edilmek, onaylanmak ve desteklenmek ergen bireylerin temel kaygılarını oluşturmaktadır (Bukowski, Hoza ve Boivin, 1993). Bununla birlikte ergenlerin, akranları tarafından görünüşlerinin değerlendirildiğinin ve bu değerlendirme sonucunda beklentilere uygun olanlarla ilişkilerin sürdürüldüğünün ve kabul edilebilirlik oranlarının yükseldiğinin farkında oldukları belirtilmektedir (Oliver ve Thelen, 1996). Bu da ergenlerin diğerlerinin beklentilerine uyum sağlamak için çaba göstereceklerine işaret etmektedir.

Yapılan araştırmalar, ergenlik dönemindeki kızların görünümüne, kilo ve yeme miktarlarına yönelik daha fazla baskı hissettikleri, görünüme dayalı daha fazla sosyal karşılaştırma yaptıkları ve görünüme dayalı eleştirel yorumlar ile beden memnuniyetsizliği arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Eder, Evans ve

Parker, 1995; Oliver ve Thelen, 1996; Stice, Maxfield ve Wells, 2003; Thompson, Coover ve Stormer, 1999). Bununla birlikte, ergen kızların kendi kilo kontrollerinin okul arkadaşlarının beden ölçüleri ve kilo kontrol davranışlarından nasıl etkilendiğine yönelik yapılan başka bir araştırma ise aynı beden görünümüne sahip kızların bireysel olarak kilo verme davranışlarının diğerlerini etkilediğini ortaya çıkarmıştır (Mueller, Pearson, Muller, Frank ve Turner, 2010). Levine, Smolak, Moodey, Shuman ve Hessen de (1994) yapmış oldukları araştırmada ortaokula devam eden kız öğrencilerin akranlarının diyet yapma ve kilo kontrol yöntemlerinin ve bunlarla ilgili konuşmanın kendi kilo kontrol yöntemleri ve yeme davranışlarındaki bozulmalar ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir.

Görünüme dayalı sosyal karşılaştırma sadece ergenlik döneminde olan kızlar tarafından yapılmamakta, erkekleri de etkilemektedir. Marcos, Sebastián, Aubalat, Ausina ve Treasure (2013), 1980-2010 yılları arasında yeme bozukluklarında akran ve aile etkisinin incelendiği 25 araştırmanın meta analizini yapmışlar ve gün içinde yaşanan sosyal etkileşimlerin ergen kız ve erkeklerin sağlıklı yeme davranışlarını etkilediğini bulgulamışlardır. Ek olarak, 257 kız, 238 erkek ortaokul ve lise öğrencisi ile yürütülmüş bir başka araştırma ise her iki cinsiyetin de aynı cinsiyetten olan akranları ve ünlüler/modeller ile sosyal karşılaştırma yaptıklarını; daha fazla sosyal karşılaştırma yapanların beden memnuniyetsizlik oranlarının daha yüksek olduğunu ve kız öğrencilerin beden, erkek öğrencilerin ise yüze yönelik daha fazla sosyal karşılaştırma yaptıklarını ortaya koymuştur (Jones, 2001).

1.1.3.4.2. Modeller/Ünlüler ile Sosyal Karşılaştırma

Tüm dünyada olmakla birlikte, özellikle batı toplumunda medya, diğerleri ile ilgili önemli bilgilerin geldiği temel kaynaklardan biridir ve medya görüntüleriyle sunulan ince kadın bedeni ve kaslı erkek görüntüleri ulaşılması gereken fiziksel çekiciliği ve ideal olanı temsil etmekte ve bu formları cazip hale getirmektedir (Spitzer, Henderson ve Zivian, 1999).

Yapılan araştırmalar genç kızların magazin dergilerinde sunulan mesajları içselleştirdiğini ve medyayı fiziksel görünümlerini nasıl geliştirecekleri konusunda bir bilgi kaynağı olarak kullandığını göstermektedir. Bu idealize edilmiş görüntülerle yapılan görünüme dayalı sosyal karşılaştırmanın da daha sonra bireylerin kendilerini ve bedenlerini olumsuz değerlendirmesine neden olduğu belirtilmektedir (Jones, 2001; Hargreaves ve Tiggemann, 2004). Örneğin, Harrison ve Hefner'in (2006) yapmış oldukları çalışmada sadece televizyon seyretmenin bile ergen kızlar için zayıf vcoda sahip olma arzusu ve zaman içinde artan yeme düzensizlikleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, başka bir çalışma da zayıf ve çekici model görüntüsüne maruz kalan ortaokul ve lise ğrencilerinin %69'unun dergilerdeki fotoğrafların mükemmel beden şekli düşüncelerini etkilediğini, %47'sinin ise fotoğraflar nedeniyle kilo vermek istediğini göstermiştir (Field, Cheung, Wolf, Herzog, Gortmaker ve Colditz, 1999). Bu kapsamda, sosyal medya aracılığı ile yapılan sosyal karşılaştırmaya yönelik araştırma sonuçları geleneksel medya ile yürütülen araştırma sonuçlarına benzer bulgular ortaya koymaktadır. Örneğin, 165 kadın niversite ğrencisi ile yürütülen bir araştırma, kadınların sosyal medyayı diğer medya platformlarından (televizyon (TV), dergiler, reklam panoları, vb.) daha fazla kullandığını, sosyal medya üzerinden yapılan yukarı yönlü sosyal karşılaştırmanın diyet ve egzersiz yapma düşüncelerini arttırdığını ve olumsuz duygudurumla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Fardouly, Pinkus ve Vartanian, 2017). Facebook kullanımı ve beden şekli ile ilgili kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışma da facebook üzerinden yapılan ünlü kişiler, yakın arkadaşlar ve diğer arkadaşlar ile yapılan yukarı yönlü sosyal karşılaştırmanın beden şekline yönelik kaygıları arttırdığını göstermektedir (Fardouly ve Vartanian, 2015).

1.1.3.5. Medya ve Etkisi

1.1.3.5.1. Yazılı - Görsel Medya, İnternet

Yeme davranışlarının bozulmasına neden olan en önemli faktörlerden bir diğeri de yazılı, görsel ve sosyal medyayı içine alan kitle iletişim araçlarıdır. Kitle

iletişim araçları, toplumu önemli konularda bilgilendirmek, bilgi toplamak, eēitim vermek, deēer aktarımı yapmak ya da eēlendirmek gibi görevlere sahip olmakla birlikte reklamlar vasıtasıyla tüketiciler odaklı bir ekonomik yapının oluşmasına da yardım etmektedir (Tokgöz, 1984; Yaēcı ve İlarslan, 2011).

Kilbourne (1994), ergen kızların ve erkeklerin, genç yetişkinlerin ve kadınların iyi bir tüketiciler dönüşmeleri için neyin daha ‘iyi’ ve ‘güzel’ olduēunun sunulduēunu ve beden memnuniyetsizliēi yaratıldığını belirtmektedir. Bununla birlikte, özellikle kadınların deēerinin elde edeceēi başarıları ya da yapabileceklerinden ziyade nasıl grndēğine odaklanılarak tanımlandığına dikkat çekmektedir. Bu da bilişsel ve fiziksel gelişimini henüz tamamlayamamış ergen bireylerin beden ve kilo ile uērařı içine girmesine ve ideal olarak sunulana ulaşmak için güzellik, fitness ve diyet ürünleri satın alarak ekonomik zincirin bir halkası haline gelmesine neden olmaktadır.

Medya, reklamlar yoluyla zayıf kadınları çekici ve güzel olarak tanımlayarak sadece ekonomik bir zincir oluşturmamakta zayıf olmaya aynı zamanda arzu edilme, istenirlik, başarı, yetkinlik ve iyi ilişkiler kurmak gibi olumlu özellikler de atfetmektedir (Goodman, 2005). rneēin yapılan bir araştırmada, televizyon programlarında sunulan ince kadın karakterlerin, daha kilolu kadın karakterlere kıyasla erkek karakterlerden daha olumlu yorumlar ve daha az olumsuz yorumlar aldıkları bildirilirken (Fouts ve Burggraf, 1999, 2000); prime-time’da yayınlanan en iyi 10 programı kapsayan ve 1018 temel TV karakterinin incelendiēi bir başka çalışmada ise aşırı kilolu ve obez karakterin belirgin olumsuz özellikleri olduēu, çekici kabul edilmelerinin ve romantik partnerlerle etkileşime girme olasılıēının düşük olduēu ancak yemek ile gösterilme olasılıēının daha yüksek olduēu bulgulanmıştır (Greenberg, Eastin, Hofschire, Lachlan ve Brownell, 2003).

Türkiye’de TV’de yayınlanan program ve reklamlara yönelik yapılan inceleme sonuçları dünya verileri ile paralellik göstermektedir. rneēin, nr (2013) Türkiye televizyon dizilerinde toplumsal kimlikleri incelemiş ve cinsellik teması ön planda olan karakterler için genel olarak daha fit bir görüntüye sahip oyuncuların tercih edildiēi, kilolu kadınların ise neredeyse temsil edilmediēi, temsil edildiēinde

de ev hanımı ya da hizmetli olarak gösterildiği ve kilonun bir ötekileştirme aracı olarak kullanıldığını belirtmiştir. Duman, Yılmazel ve Akbulut'un (2014) yaptıkları çalışmada ise 2000-2013 yılları arasında yayınlanmış ve ödül almış 100 reklam incelenmiş ve reklamların %70'inde kadınların güzel ve çekici, %60'ında ise bakımlı olarak gösterildiğini bulgulanmıştır.

Birçok toplumda ortalama bir insan normal ve aşırı kilolu BKİ aralığında olmasına rağmen (The WHO Global Database on Body Mass Index, 2020) medyada gösterilen kadınlar ve erkekler genellikle aşırı zayıf ve fit bir görünüme sahiptir. Magazin dergilerinin kapakları, reklamlarda sunulan görseller ve fotoğraflar dahil olmak üzere birçok alanda modeller veya aktörler/aktristler daha ince, daha kaslı ve/veya daha genç görünmesi için rötuşlanmakta ve orijinal fotoğraflar üzerinde oynama yapılmaktadır (Field ve Kitos, 2010). Gerçeğe uygun olmayan bu rötuşlanmış görseller, erken yaşlardan itibaren kadın izleyicilere ince/zayıf bir ideal beden imajı sunarken erkek izleyicilere ise kaslı/yapılı bir ideal beden imajı sunmaktadır (Keel, 2017a, s.32; Soutter, 2017, s.40). Bu alanda yapılan araştırmalarda, sunulan bu imaj ile izleyicilerin hem içselleştirme hem de fiziksel görünümle karşılaştırma yaparak kilo ve beden şekli ile ilgili endişelerinin arttığı, beden memnuniyetsizliği yaşadığı ve yeme davranışlarında bozulmalar olduğu rapor edilmektedir (Blond, 2008; Hawkins, Richards, Granley ve Stein, 2004; Stice, Schupak-Neuberg, Shaw ve Stein, 1994; Stice ve Shaw, 2002; Tylka, 2011). Bununla birlikte medyada sunulan ideal beden imajı sadece yeme davranışını etkilememekte aynı zamanda suçluluk ve utanç duyguları, mutsuzluk, kaygı ve depresyon, bedenine ve kendine güvensizlik gibi durumlara da yol açabilmektedir (Levine ve Murnen, 2009). Bu olumsuz duyguların özellikle YB belirtileri ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneğin, Field, Cheung, Wolf, Herzog, Gortmaker ve Colditz, (1999) 548 ortaokul ve liseye devam eden kız öğrenci ile çalışma yürütmüşler ve öğrencilerin %69'unun dergi fotoğraflarının mükemmel beden şekli fikrini etkilediğini, %47'sinin dergideki fotoğraflar nedeni ile kilo vermek istediğini, daha fazla dergi okuyan kızların ise beden şeklini değiştirmek için diyet ve egzersiz yaptığını rapor etmişlerdir. Dohnt ve Tiggemann (2006) ise 5-8 yaşları arasında olan 97 kız öğrenci ile boylamsal bir çalışma yürütmüş ve kız öğrencilerin beden

memnuniyetlerinin gelişiminde medya ve akran etkisine bakmışlardır. Araştırma sonuçları, beden odaklı TV programlarını izlemenin beden memnuniyetini etkilediğini ve zayıflık arzusunun düşük benlik saygısından önce geldiğini ortaya koymuştur. Araştırmacılar kız çocuklarının okul öncesi dönemde medya yoluyla zayıflık idealini öğrendiklerini düşündüklerini belirtmişlerdir. ABD’de 9. sınıf kız öğrencileriyle yürütülen çalışma sonuçları da müzik videosu izlemek için harcanan saatler ile beden şekli ve ağırlık ile ilgili endişeler arasında pozitif yönlü ilişki ortaya koymuştur (Borzekowski, Robinson, Killen, 2000). Ortalama 20 yaşında olan 1386 kadın ve 1130 erkekle yürütülmüş başka bir araştırma da kadınlarda beden memnuniyetsizliği ile BKİ, dergilerde sunulan beden ile ilgili mesajlara maruz kalma, arkadaş diyetleri, benlik saygısı ve depresif ruh hali arasındaki ilişkiye medya üzerinden beden karşılaştırmasının kısmen veya tam aracılık ettiğini ancak erkeklerde böyle bir yordayıcı ilişkinin bulunmadığını, erkeklerin beden memnuniyetsizliklerini açıklayan ileri araştırmaların yapılması gerektiğini belirtmiştir (van den Berg, Paxton, Keery, Wall, Guo ve Neumark-Sztainer, 2007).

Sadece medyanın değil internet sitelerinin de yeme davranışları üzerinde güçlü bir bozucu etkisi bulunmaktadır. İnternet siteleri içinde yer alan YB yanlısı içeriklerin hem yeme davranışını bozduğu hem de YB’si olan bireylerin hastalıklarının devam etmesine neden olduğu bilinmektedir. Örneğin, BKİ’si 18’den büyük olan ve YB öyküsü olmayan kadın üniversite öğrencilerinin 1,5 saat boyunca YB yanlısı web sitesi, sağlıklı egzersiz web sitesi veya turist web sitesine random şekilde atandığı bir çalışmada YB yanlısı web sitesi katılımcılarının maruziyet öncesi ve sonrası kalori alımında bir haftalık önemli bir düşüş yaşandığı, katılımcıların kilo vermek için web sitesinde sözü geçen teknikleri uyguladıkları ve bu etkinin 3 hafta devam ettiği bulgulanmıştır (Jett, LaPorte ve Wanchisn, 2010). Örneklemi bozulmuş yeme davranışı olan 1291 kadının oluşturduğu (%70’inin tıkinma ve çıkartma davranışı var, %30’u tedavi altında) başka bir çalışmanın sonucunda ise YB yanlısı web sitelerini (Pro-ED web sites) daha fazla kullanan kişilerin aşırı kilo verme, YB olma ve hastaneye yatma olasılıklarının daha fazla olduğu bulgulanmıştır (Peebles ve ark., 2012). Benzer şekilde, AN yanlısı web sitelerin etkisini inceleyen kontrollü bir başka çalışma da AN yanlısı web sitesine atanan gruptaki katılımcıların

kendilerini daha kilolu algıladıkları, yakın gelecekte kilo vermek için diyet ya da egzersiz yapma düşünceleri olduğunu ve daha fazla fiziksel görünümlerini karşılaştırdıklarını rapor etmişlerdir (Bardone-Cone ve Cass, 2007).

1.1.3.5.2. Sosyal Medya

Bir önceki bölümde medyada sunulan gerçekçi olmayan ideal beden görüntülerinin yeme davranışı ve yeme bozuklukları üstündeki etkisi gözden geçirilmiştir. Bu bölümde ise ergenler ve genç yetişkinler için her geçen gün daha fazla öneme sahip olan sosyal medyanın etkisine değinilecektir.

Sosyal medya, kadın erkek, her yaştan insanın özellikle akıllı telefonlarda bulunan uygulamalar aracılığı ile istedikleri içeriklere erişim sağlayabildikleri bir platform olarak tanımlanabilir (Wikipedia, 2013). Sosyal medya kullanımına yönelik araştırmalar ergen bireylerin her gün en az 2 saat sosyal medya kullandığını göstermektedir (Tsitsika, ve ark., 2014). Bununla birlikte, kesitsel ve boylamsal araştırmalar, sosyal medyanın daha fazla kullanılmasının (fotoğraf yayınlama, zaman harcama, yorum alma, vb.) beden memnuniyetsizliğini arttırmakla birlikte ergen kızlarda yeme bozuklukları için risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmaktadır (de Vries, Peter, de Graaf ve Nikken, 2016; McLean, Paxton, Wertheim ve Masters, 2015).

Sosyal medya, kullanıcılarına beden görünümü ile ilgili ideal ve ince/zayıf olanın sunulduğu görsel bir ortam sunar (Perloff, 2014). Ayrıca sosyal ağların etkileşimli doğası bireylerin görünüşlerine yönelik karşılaştırmaların rahatça yapılabilirdiği ve akranlarla görünüş üzerinden etkileşime girilebilen birçok fırsat oluşturmaktadır (Fardouly, Diedrichs, Vartanian ve Halliwell, 2015). Bu da bireylerde beden memnuniyetsizliği ve yeme davranışlarında bozulma ile ilişkili görülmektedir (Hummel ve Smith, 2015).

Sosyal medya kullanımında harcanan zaman da en az içerik kadar yeme davranışında bozulmalara neden olan önemli değişkenlerdendir. Örneğin, Sidani, Shensa, Hoffman, Hanmer ve Primack (2016) yaşları 19-32 arasında değişen 1765

yetişkin birey ile çalışmış ve sosyal medya (Facebook, Instagrami Tweitter, YouTube, Pin-Terest, Snapchat, vb.) kullanım süresi ile yeme ile ilgili endişeler arasında ilişki olup olmadığını incelemişlerdir. Araştırma sonuçları daha sık sosyal medya kullanan kişiler ile yeme ile ilgili endişeler arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Mabe, Forney ve Keel (2014) de Facebook kullanımı ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemek için deneysel bir düzenek oluşturup katılımcıları 20 dakika süre ile facebook kullanımı ve Ocelo kedisi ile ilgili bir makale okuma veya bu hayvan ile ilgili YouTube video klibi izlemek üzere ikiye ayırmışlardır. Araştırmacılar, tüm katılımcılara 20 dakika geçmeden önce ve sonra öz bildirim ölçekleri vermişlerdir. Araştırma sonucuna göre Facebook kullanan kadınların kilo ve beden şekli ile ilgili endişe oranları kontrol grubuna göre daha yüksek bulgulanmıştır. Ayrıca Facebook kullanıcılarının etkinlikler yerine fotoğraflara bakmayı tercih ettikleri rapor edilmiştir (Mabe, Forney ve Keel, 2014).

Sosyal medya kullanımı sadece yeme davranışında bozulmaya yol açmamakta, tıpkı medyanın etkisi ve internet kullanımı gibi YB olan bireylerin hastalıklarının devam etmesine de neden olmaktadır. Örneğin Morris (2018), AN hastalarının sosyal medya kullanımlarını şu şekilde tanımlamaktadır:

- Arka arkaya tartılma ve fotoğraf çekerek sosyal medyaya yükleme
- Aynadaki yansımayı inceleme ve ‘öz çekim (selfie)’ yaparak sosyal medyaya yükleme,
- Zayıflık/inceliğe yönelik yorumlar alabilmek için herkese açık sosyal medya hesabı kullanma
- YB olan sosyal medya gruplarını takip etme
- Sosyal medyada yer alan ünlüler ve diğer zayıf kişileri takip etme ve fiziksel görünümüne yönelik sosyal karşılaştırma yapma

YB’yi önleme çalışmaları ve sonuçları sosyal medyanın YB üzerindeki etkisini açıklayan diğer önemli faktörlerdendir. Yapılan araştırmalar, medya okur yazarlığı, akran etkisi ve sosyal medya hakkında eleştirel düşünme ve şüpheciliği arttırma ile ilgili verilen eğitimlerin ve yürütülen çalışmaların YB belirtilerinin azalmasına neden olduğunu bulgulanmıştır (McLean, Wertheim, Marques ve Paxton,

2016). YB ve önleyici çalışmalar ile ilgili detaylı bilgi “Yeme Bozukluklarını Önleyici ve Koruyucu Çalışmalar” bölümünde ele alınmıştır.

1.1.3.6. Zayıflık İdealinin İçselleştirilmesi ve Zayıflık Beklentisi

1.1.3.6.1. Zayıflık İdealinin İçselleştirilmesi

Yeme bozukluklarının etiolojisini inceleyen sosyokültürel risk modellerinin odaklandığı temel faktörlerden biri de özellikle kadınlarda zayıflık idealinin içselleştirilmesidir (*thin ideal internalization*). Batı kültüründe yürütülen araştırma sonuçları, zayıflığın idealleştirilmesinin artması ile birlikte yeme bozukluklarının görülme sıklığındaki artışın paralellik taşıdığını göstermektedir (Keel ve Forney, 2013). Toplumsal çekicilik ideallerinin içselleştirilmesi olarak tanımlanan zayıflık idealinin içselleştirilmesi, bir bireyin toplumun sunduğu çekicilik ideallerini bilişsel olarak benimsemesi ve bu ideallere yaklaşabilmek için belli davranışları ortaya koyması olarak tanımlanmaktadır (Thompson ve Stice, 2001).

Batılılaşmış kültürlerde yürütülen araştırmalar, kadınların ‘ideal zayıf’ olarak belirtilen az yağlı, ince bedene ulaşabilmek için hem sosyal çevre hem medya tarafından baskıya maruz kalmasının, zayıflık idealini içselleştirmesinin (Thompson ve Stice, 2001) ve yemeğe yüklediği anlamın (örneğin, yemeğin olumsuz duygularla baş etmek için kullanılması, yemeğin haz verici ve ödüllendirici olması) (Hohlstein, Smith ve Atlas, 1998) yeme davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Bununla birlikte yukarıdaki bölümde değinildiği gibi medya baskısının da özellikle ergen ve genç kadınların yeme davranışlarında oluşan bozulmada önemli bir payı bulunmaktadır.

Zayıflık idealinin içselleştirilmesi ve medyanın etkisi ile birlikte, özellikle kadınların zayıf olabilmek için yeme kısıtlamasında bulunmasının, çeşitli diyet türlerini (detoks, düşük kalorili diyet, vb.) ve diyet ürünlerini (zayıflama ilacı/yağ yakıcı ilaçlar ya da ek gıdalar) kullanmasının ya da aşırı egzersiz yapmasının yeme

davranışında ve beden imgesinde bozulmalara neden olabileceği bildirilmektedir (Aslan, 2001). Yapılan araştırmalar zayıflık idealini sürdürmenin zarar verici etkilerinin (örneğin aşırı kısıtlamanın tıkinmalara yol açması gibi) daha fazla reddedilmesinin yeme bozukluğu başlangıcı için yüksek risk oluşturduğunu göstermektedir (Stice, Rohde, Gau ve Shaw, 2011). Bununla birlikte, medyada yer alan ideal beden sunumları ile ilgili yapılmış deneysel araştırmaların meta analizinin yürütüldüğü bir çalışma, ideal beden ile ilgili medya görüntülerine maruz kalmanın beden memnuniyetsizliğini arttırdığını ancak yeme bozukluğu açısından yüksek risk altında olarak tanımlanan (zayıflık idealini içselleştirmiş ve bozulmuş yeme davranışı olan) bireylerde daha büyük bir etkisi olduğunu bulgulamıştır (Hausenblas ve ark., 2013). Bu bağlamda, Stice, Nemeroff ve Shaw (1996) kadınlar için zayıflık idealinin içselleştirilmesinin kilo ve beden görünümünden memnuniyetsizliğe yol açtığını, çünkü idealleştirilen kilo ve beden şeklinin çoğu kadın için erişilemez olduğunun altını çizmişlerdir. Ek olarak, Rukavina ve Pokrajac-Bulian (2006) da çalışmasında zayıflık idealine yönelik toplumsal standartları kabul eden ve diyet yapmak gerekliliği vurgusu ile zayıf olmayı büyük bir sosyal baskı olarak algılayan yüksek BKİ'li ergen kızların, bozulmuş yeme davranışları ile AN ve BN'nin bazı semptomlarını geliştirme olasılığı olduğunu bulgulamışlardır.

Zayıflık ideali içselleştirmesi sadece kadınları değil erkekleri de etkileyen önemli bir sosyokültürel faktördür. Ancak yapılan çalışmalar ergen ve genç yetişkin kadınların zayıflık idealini daha fazla içselleştirdiğini ve daha fazla baskı hissettiğini gösterse de aynı değişkenlerin erkeklerin de bozulmuş yeme davranışlarını yordadığı bulgulanmıştır (Field ve ark., 2001; Smolak, Levine ve Thompson, 2001).

Yeme bozukluklarını önleme programlarından gelen bilgiler, zayıflık ideali içselleştirmesinin azaltılmasına yönelik yapılan müdahalelerin yeme davranışlarında olumlu değişimler yaratabileceğine işaret etmektedir. Bu kapsamda yürütülen araştırmalarda müdahale çalışmalarının sonucunda ergen kızlarda beden memnuniyetsizliği, diyet yapma, olumsuz duygulanım ve yeme bozukluğu belirtilerinin azaldığı bulgulanmıştır (Stice, Mazotti, Weibel ve Agras, 2000; Van

Diest ve Perez, 2013). ‘Yeme Bozukluklarını Önleyici ve Koruyucu Çalışmalar’ bölümünde önleyici çalışmaların etkileri ile ilgili detaylı bilgi verilmiştir.

1.1.3.6.2. Zayıflık Beklentisi

Yeme davranışlarında patolojik düzeyde yaşanan bozulmaların nedenleriyle ilgili sosyokültürel değişkenlerin incelendiği çalışmaların önemli bir kısmı diyet, yeme ve zayıflık beklentilerinin rolünü incelemektedir.

Beklentinin davranış üzerindeki etkisi ile ilgili ilk açıklama 1932 yılında ‘Beklenti Öğrenme Teorisi (*Expectancy Learning Theory*)’ ile Tolman tarafından yapılmış, ardından çeşitli kuramcılar tarafından genişletilmiş ve yeme bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi psikopatoloji alanında da kullanılmıştır (Darkes ve Goldman, 1993; Brandon, Wetter ve Baker, 1996; Hohlstein, Smith ve Atlas, 1998). Beklenti teorisi, en temelde kişinin öğrenme geçmişi neticesinde çeşitli davranışlarının sonuçları için beklentiler oluşturduğunu ve bu beklentilerin kişilerin davranışlarını ve seçimlerini etkilediğini ileri sürmektedir (Hohlstein, Smith ve Atlas, 1998).

Yeme davranışlarındaki bozulma ve yeme bozuklukları beklenti kuramı çerçevesinde ele alındığında ise, bireylerin geçmiş yaşantısında zayıflık ile güçlü pekiştiriciler arasında bağ kurması sonucunda (örn., kilo ile ilgili alay edilmesi, olumsuz anne modeli, medya görüntüleri, yemeğin pozitif ve/veya negatif pekiştireç olarak görülmesi, vb.) zayıflık için aşırı bir isteğe sahip olması şeklinde açıklanmaktadır (Annus, Smith, Fischer, Hendricks ve Williams, 2007; Hohlstein, Smith ve Atlas, 1998; Stice, 2002).

Hohlstein, Smith ve Atlas (1998), zayıflık beklentileri ölçümlerinin karşı cins için daha çekici olma, daha güvenli ve daha yetenekli hissetme ve diğerleri tarafından daha fazla saygı gösterilmesi üzerinden yapıldığını ve bu durumun yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili olduğunu söylemektedirler. Bu doğrultuda yürüttükleri araştırmada zayıflık ve diyet beklentisinin AN ve BN’li hastalarda aşırı genellenmiş kendini geliştirme çabasına yol açtığını, normal popülasyonda ise diyet

yapma davranışları ile ilişkili olduğunu; yeme ile ilgili olumsuz pekiştireçlere yönelik beklentilerin (örneğin, yemenin olumsuz duyguları yönetmeye yardımcı olması, vb.) AN'li değil BN'li hastaların özelliklerinden olduğunu ve pozitif pekiştireçlerin (örn. yemenin haz vermesi, vb.) yemeyi kısıtlama ile ilişkisi olmadığını bulgulamışlardır. Smith, Simmons, Flory, Annus ve Hill'in (2007) yürütmüş oldukları boylamsal araştırma sonuçları da zayıflık beklentisi onayının ortaokula devam eden kız öğrencilerin tıknıma ve telafi etme davranışlarındaki artış ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu alanda yürütülen müdahale çalışmaları ise zayıflık beklentilerinin azaltılmasının yeme bozukluğu semptomlarında bir azalma sağladığını göstermektedir (Annus, Smith ve Masters, 2008).

1.2. Yeme Bozuklukları

1.2.1. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji

‘Kimler yeme bozukluğu hastalığına yakalanıyor?’ ve ‘Bu hastalığın toplumda görülme sıklığı nedir?’ sorusu uzun yıllardır üzerinde epidemiyolojik araştırmaların yapıldığı sorulardan biridir. Literatür, yeme bozukluğuna neden olan tek bir faktörün olmadığını belirtmekle birlikte her geçen yıl prevalansının (görülme sıklığı) arttığını göstermektedir (NEDA, 2013; Zhao ve Encinosa, 2009).

Prevalans, belirli bir popülasyonda bir hastalıktan ya da durumdan etkilenen bireylerin yüzdesini ifade etmektedir. Prevalans, bir hastalığın görülme sıklığını şimdiki anda (anlık ya da nokta prevalans), belli bir dönem içinde (örneğin 5 yıllık; süre prevalansı) ya da yaşam boyunca (yaşamboyu prevalans) yüzde değer olarak gösterebilir (Hoek ve ark., 1995; Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007; Keel, Heatherton, Dorer, Joiner ve Zalta, 2006).

Hastalıkların prevalansı üzerine yapılan araştırmalar büyük önem taşımaktadır. Çünkü, prevalans araştırmaları çalışmanın yapıldığı an itibari ile hem mevcut olan hem de yeni başlayan hastalık vakalarını birleştirerek bir veri sunar. Bu da hastalıkların toplum üzerindeki etkilerini anlamak, önleme çalışmaları yürütmek

ve tedavi ihtiyaçlarını belirleyebilmek için bir zemin oluşturmakta ve demografik gruplar arasındaki farklılıkları ortaya koymaktadır (Keel ve Forney, 2015).

Dünya’da YB’nin prevalansına yönelik yürütölen araştırmalar hem yaygınlık oranının düşük olması hem de hastaların kendilerini gizleme eğilimleri olması nedeni ile büyük örneklemler üzerinde çalışma ihtiyaını ortaya çıkarmaktadır (Hoek ve Van Hoeken, 2003). Ancak büyük örneklemler ile yapılan çalışmalar maliyet ve zaman sorununa neden olmaktadır. Bu nedenle epidemiyoloji çalışmalarında en güvenilir yöntem risk altında olduğu düşünölen popölasyonu tanımlayan tarama anketi ile ilk aşamada veriye ulaşmak, ardından ikinci aşama olarak risk altındaki popölasyondan ve risk altında olmayan popölasyondan rastgele seçilen bir örneklemlerle kişisel göröşme yaparak araştırmayı sürdürmek olarak tanımlanmaktadır (Williams, Tarnopolsky ve Hand, 1980). Ancak, buna rağmen tarama çalışmalarında katılımcıların zayıf yanıt oranları, çalışmanın ikinci aşamasına katılmak istememesi gibi sorunlar metodolojik problemler olarak karşımıza çıkmaktadır (Hoek ve Van Hoeken, 2003).

Son yıllarda yapılan tarama çalışmalarında YB’nin görölme yaşının düşmesi ile birlikte daha çok ergenler ve genç kadınlar arasında erkeklere oranla daha yaygın olduğu, ayrıca toplumda atletler, dansçılar, modeller, biseksöel bireyler ve homoseksöel erkekler gibi özel popölasyonlarda YB ile daha sık karşılaşıldığı bildirilmektedir (Polat ve Södan Turan, 2013). YB ile ilişkili olarak yapılan bu özel popölasyon araştırmaları da bulguların genel popölasyona genellenmesi sorununu oluşturmaktadır. Bu da başka bir metodolojik problem olarak tanımlanabilmektedir.

Bu bölümde epidemiyolojik çalışmaların metodolojik zorluklarına rağmen dünya ve Türkiye’de yürütölmöş YB’nin genel olarak toplumda görölme sıklığı (prevalansı) ile ilgili araştırmalar ele alınacaktır.

1.2.1.1. Dünya

Önceki yıllarda, dünyada YB’nin görölme sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar daha çok gelişmiş batı toplumlarında (ABD, Kanada, Avrupa ve Avustralya) ve

özellikle beyaz ergen kızlar ve genç kadınlarla yürütülmekte iken epidemiyoloji ile ilgili veriler son yıllarda bazı değişikliklerin olduğunu göstermektedir (Pike ve ark. 2013). Örneğin artık sadece gelişmiş batı toplumlarında ve beyaz kadınlar arasında değil, etnik ve ırksal azınlıklar arasında (Alegria, Woo, Cao, Torres, Meng ve Striegel-Moore, 2007; Marques ve ark. 2011; Thomas, Lee ve Becker, 2016), YB'nin geleneksel olarak rapor edilmediği Hindistan, Japonya ve Çin gibi ülkelerde (Chandra, Abbas ve Palmer, 2012; Chisuwa ve O'Dea, 2010; Jackson ve Chen, 2010) ve ergenlik dönemi başlangıcından önce, daha erken yaşlarda da (örneğin 12 yaş) (Nicholls, Lynn ve Viner, 2011; Pike, Dunne ve Addai, 2013; Preti ve ark., 2009; Wentz, Björk ve Dahlgren, 2019) YB'nin görüldüğü belirtilmektedir.

YB, cinsiyet açısından belirgin farklılık gösteren hastalık gruplarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar erkek/kadın oranlarının 1/10 arasında farklılık gösterebileceğini göstermektedir (Preti ve ark., 2009). Ancak, YB'nin daha çok eşcinsel bireylerde olduğu inancı, hekimler ve erkekler tarafından bir kadın hastalığı olarak algılanması nedeniyle hastalık belirtilerinin gözden kaçırılabilmesi, tedavi başvurusunda erkek hastaların isteksiz olması, erkeklerde amenore gibi belirgin ikincil bir belirtinin olmaması gibi nedenler gerçekte daha yüksek olabilecek erkeklerde YB görülme sıklığının düşük olarak bulgulanmasına neden olabilir (Polat ve Sodan Turan, 2013). Dolayısıyla, genellikle risk ve hastalık oranlarının belirlendiği tarama çalışmaları okul çağındaki ergen kızlar ve genç kadınlar arasında ve genellikle 13-18 ile 19 ve üstü yaş aralıklarında yürütülmektedir (Bulik, Reba, Siega-Riz ve Reichborn-Kjennerud, 2005; Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007; Pearson, Goldklang ve Striegel-Moore, 2002; Van Son, Van Hoeken, Bartelds, Van Furth ve Hoek, 2006). Bununla birlikte elde edilen veriler, YB belirtilerinin erkeklerde kadınlara oranla daha az görülmesine rağmen geçmiş yıllarla karşılaştırıldığında artış gösterdiğini de ortaya koymaktadır (NEDA, 2013).

YB ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda net ve kesin veri elde edilmesini güçleştiren bir diğer faktör değişen DSM ve tanı kriterleridir. Örneğin, DSM-IV-TR'de AN ve BN tanı kriterlerine uymayan gruplara Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (BTAYB) tanısı konulmuştur (Eddy, Doyle,

Hoste, Herzog ve Le Grange, 2008) ve yenilenen DSM-5’de tanı kriterleri hem BTAYB tanı sayısını azaltmak hem de klinik faydayı arttırmak amacıyla düzenlenmiştir. Bu nedenle DSM-5’in kullanılmasıyla birlikte, DSM-IV-TR ile yapılan tanı çalışmalarına oranla amenore gibi belirtilerin aranmaması, diğer belirtilerin görülme süresi ve sıklığının değişmesi gibi sebeplerle AN ve BN tanılarında görece artışlar oluşmuştur (Machado, Gonçalves ve Hoek, 2013; Stice, Marti ve Rohde, 2013).

Bu bölümde YB’nin görülme sıklığı 2000’li yıllardan sonra elde edilen veriler üzerinden önce batılı ülkelerde ve diğer bölgelerde, ardından Türkiye’de büyük örneklemelerle yapılan çalışmalar üzerinden incelenecektir.

1.2.1.1.1. Batılı Ülkeler

YB’nin görülme sıklığına yönelik yapılan tarama çalışmaları Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş batılı ülkelere yaygın olarak yürütülmektedir. Örneğin, Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler (2007) *Ulusal Eşitlik Araştırma Yenilemesi (National Comorbidity Survey Replication)* çalışmasında YB prevalansını incelemek için 18 yaş üstü 9282 yetişkin birey ile çalışmış ve 2980 kişi ile AN, BN ve TYB dahil YB olup olmadığını incelemek için görüşme yapmışlardır. Elde edilen sonuçlara göre yaşam boyu prevalanslar içinde AN kadınlarda % 0.9, erkeklerde %0.3, toplamda %0.6; BN kadınlarda %1.5, erkeklerde %0.5, toplamda %1; TYB kadınlarda %3.5, erkeklerde %2, toplamda %2.8; Eşikaltı TYB kadınlarda %0.6, erkeklerde %1.9, toplamda %1.2; diğer YB ise kadınlarda %4.9, erkeklerde %4, toplamda %4.5 olarak bulgulanmıştır. Bununla birlikte, YB’de ortalama başlangıç yaşı AN için 18.9 (Standart hata (SH): 0.8) BN için 19.7 (SH: 1.3), TYB için 25.4 (SH: 1.2) ve Eşikaltı TYB için 22.7 (SH: 1.9) olarak bulunmuştur. Ek olarak AN’nin yaşam boyu görülme sıklığı düşük beden ağırlığı (BKİ 18.5) ile ilişkiliyken TYB’nin yaşam boyu görülme sıklığının ise morbid obezite ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Zhao ve Encinosa (2009) da *Sağlık Hizmetlerinde Maliyet ve Fayda Projesi (Healthcare Cost and Utilization Project)* kapsamında yaptıkları araştırmada 1999-2000’den 2005-2006 yıllarına kadar olan süreçte hastanede yatan hastalar üzerinden

YB oranlarındaki değişimi incelemiş, yeme bozukluklarından hastaneye yatışın %18 arttığını; AN için %17, BN için %7 azaldığını; diğer tüm YB yatışlarının ise %38 arttığını; erkeklerde hastaneye yatışlarının % 37 arttığını; YB için toplam hastane maliyetlerinin % 61 arttığını; 12 yaşın altındaki çocuklar için hastaneye yatışın %119 arttığını, ancak bu yaş grubunun tüm vakaların %5'inden azını oluşturduğunu bulgulamışlardır.

DSM-IV-TR, kadınlarda yaşam boyu AN prevalansının %0.5 olduğunu belirtmektedir (Köroğlu, 2001). Bununla uyumlu olarak ABD'de ergen kadınlara yönelik Stice, Marti, Shaw ve Jaconis tarafından (2009) yürütülen 8 yıllık prospektif bir çalışma 20 yaşına kadar olan yaşam boyu prevalansın %0.6 olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmayı Stice, Marti ve Rohde 2013 yılında yenilemiş ve DSM-5 tanı kriterlerine göre AN'nin yaşam boyu prevalansını %0.6-0.8 arasında, BN'nin %1.4-2.6; TYB'nin %1.3-3; Atipik AN'nin %1.5-2.8, Atipik BN'nin %1.6-4.4, Atipik TYB'nin %1.5-3.6 olduğunu bulgulamışlardır.

ABD'de olduğu gibi Avrupa'da da yürütülen epidemiyolojik çalışmalar AN için yaşam boyu yaygınlık oranlarının benzer olduğunu göstermektedir. Proje kapsamında 6 Avrupa ülkesinde (Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda ve İspanya) Preti ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülen bir çalışmada 18 yaş üstü bireylerde YB prevalansı incelenmiş ve YB'nin yaşam boyu prevalansı (AN %0.48, BN %0.51, TYB %1.12 ve eşikaltı TYB %0.72) ve tüm YB grubunun kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

ABD'de 2011 yılında yürütülen başka bir çalışmada ise yaşları 13-18 arasında değişen 10123 ergen bireye ulaşılmış ve önce kendini bildirim ölçekleri kullanılarak risk grupları belirlenmiş ardından yüz yüze görüşmeler yapılmıştır (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen ve Merikangas, 2011). Yapılan bu çalışmanın sonunda yaşam boyu prevalansın AN için kadınlarda %0.3 (SH = 0.10), erkeklerde %0.3 (SH = 0.09), toplamda %0.3 (SH = 0.06) olduğu; BN için kadınlarda %1.3 (SH = 0.22), erkeklerde %0.5 (SH = 0.19), toplamda %0.9 (SH = 0.16) olduğu; TYB için kadınlarda %2.3 (SH = 0.40), erkeklerde %0.8 (SH = 0.19), toplamda %1.6 (SH = 0.22) olduğu; Atipik AN için kadınlarda %1.5 (SH = 0.20),

erkeklerde %0.1 (SH = 0.04), toplamda %0.8 (SH = 0.09) olduğu; Eşikaltı TYB için kadınlarda %2.3 (SH = 0.36), erkeklerde %2.6 (SH = 0.41), toplamda %2.5 (SH = 0.26) olduğu bulgulanmıştır.

Kessler ve arkadaşları (2013), DSÖ tarafından üst-orta ve yüksek gelirli 14 ülkede 24.124 katılımcının yer aldığı (18 yaş ve üstü), DSM-IV'e göre zihinsel bozukluk taraması yapılan bir araştırmanın verilerini incelemiş ve BN ile TYB'nin yaşam boyu prevalansına bakmışlardır. Buna göre Kolumbiya'da (düşük orta gelirli) BN %0.4 (SH = .1), TYB %0.9 (SH = .2); Brezilya, Meksika, Romanya gibi (orta gelirli) ülkelerde BN %2 ile %0 arasında olmak üzere ortalama %0.93 (SH = 1.33) TYB %4.7 ile %0.2 arasında olmak üzere ortalama %2.17 (SH = 0.23); Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, Yeni Zelanda, Kuzey İrlanda, Portekiz, İspanya ve ABD'de (yüksek gelirli ülkeler) BN %1.3 ile %0.1 arasında olmak üzere ortalama %0.73 (SH = 0.27), TYB %2.6 ile %0.5 arasında olmak üzere ortalama %1.42 (SH = 3.9) olarak bulgulanmıştır.

Yukarıda da vurgulandığı üzere DSM-5'te YB kriterleri değişmiş ve DSM-IV-TR'den daha kapsamlı bir hale getirilmiştir (Köroğlu, 2014a). Bu değişim AN oranları üzerinde olduğu gibi BN ve TYB oranları üzerinde de değişime yol açmıştır (Keel, Brown, Holm-Denoma ve Bodell, 2011). Örneğin, Trace, Thornton, Root, Mazzeo, Lichtenstein, Pedersen ve Bulik (2011) tarafından İsveçli kadın ikizler üzerinde yapılan bir araştırmada, yaşam boyu prevalans değerleri BN için DSM-IV-TR kriterleri ile %1.2, DSM-5 kriterleri ile %1.6; TYB için ise DSM-IV-TR kriterleri ile %0.17, DSM-5 kriterleri ile %0.35 olarak bulunmuştur. Bu artış Stice, Marti, Shaw ve Jaconis tarafından 2009 yılında yürütülen ve BN prevalansının %1.6 olarak belirlendiği çalışmanın 2013 yılında tekrarlama ile bulgularan %2.6 prevalans değeri ile uyumlu olarak kabul edilmiştir (Stice, Marti ve Rohde, 2013). Yine 2013 yılında Machado, Gonçalves ve Hoek tarafından yürütülen başka bir çalışmada ise DSM-IV-TR'de BN prevalansı %0.46 iken bu kişiler DSM-5'e göre incelendiğinde prevalans %0.59 olarak bulunmuştur. Hudson, Coit, Lalonde ve Pope, (2012)'un çalışması da TYB'nin yaşam boyu yaygınlığının DSM-IV-TR'den DSM-5'e geçişte arttığını, DSM-IV'te yaşam boyu prevalansın kadınlarda %2.9, erkeklerde %3

olduğunu göstermiştir. İngiltere’de ise 1698 katılımcı ile (yaş aralığı 16-90) yürütülen başka bir araştırmada risk grubunda olduğu belirtilen 145 kişi tanı görüşmesine alınmıştır. Buna göre, YB’nin nokta prevalansı %4.4, TYB’nin %3.6, BN’nin %0.8, AN’nin %0 olarak bulgulanmıştır. Diğer eşik altı tanılar dahil edildiğinde ise YB’nin nokta prevalansı %7.4’ya çıkmıştır (Çıkarma Bozukluğu (ÇB): %0.6 ve Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TDBBYB): %2.4). AN, BN ve TYB’nin erkeklerde prevalansı %0.9, kadınlarda ise %6.7’dir. Eşik altı AN, BN ve TYB ise erkeklerde bulgulanamamışken kadınlarda %3.4 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca BN en yaygın 16-24 yaş aralığında görülürken, TYB’nin ise 44-65 yaş aralığında görüldüğü rapor edilmiştir (Solmi, Hotopf, Hatch, Treasure ve Micali, 2016).

Mustelin, Silén, Raevuori, Hoek, Kaprio ve Keski-Rahkonen (2016) de yürüttükleri çalışmada 22-27 yaş aralığında olan Fin ikiz kadınlarla çalışmış ve AN’nin yaşam boyu prevalansının %2.2’den %3.6’ya yükseldiğini bulgulamışlardır. Bununla birlikte yeni vakalarda daha erken bir başlangıç yaşı (18.8’den 16.5’e) ve daha yüksek minimum BKİ (16.9’a karşı 15.5 kg/m²) rapor etmişlerdir.

Mitchison ve Mond’un (2015) yapmış oldukları derleme çalışmada ise DSM-5 kriterlerine göre yetişkin erkekler için YB’nin yaşam boyu prevalansına bakılmış ve TYB’nin %0.78 ile %2 arasında değiştiği, AN’nin (%0-0.53) ve BN’nin (%0.13-1.34) prevalansının TYB’ye oranla daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Aynı derlemede ergen erkeklere yönelik bulgular incelendiğinde ise AN (%0 - 0.2), BN (%0 - 0.7) ve TYB (%0 - 0.8) için yaşam boyu veya mevcut prevalansın yetişkin erkeklere göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Tam ve kısmi yeme bozukluğu belirtilerinin bir araya getirildiği yakın tarihli başka bir çalışma da 11-18 yaş arasındaki erkek çocuklarda tam veya kısmi BN için %0.8, tam veya kısmi TYB için %2.9 nokta prevalans değerleri bildirmiştir (Field and ark., 2014). Erkek çocuklarda da erken yaşta YB belirtilerinin görülmesi kız ve erkekler arasında YB’nin başlangıç yaşı açısından bir farklılık olmadığına göstergesi olarak yorumlanabilmektedir (Mitchison ve Mond, 2015).

Keski-Rahkonen ve Mustelin (2016), 2013 yılında yürütülen *Küresel Hastalık Yüğü Çalışması (The Global Burden of Disease Study)* sonucunda, AN ve BN'nin prevalans değerlerini ele almış ve Avrupa'da kadınlarda AN %1-4, BN %1-2 ve TYB %1-4 oranında, erkeklerde ise genel olarak YB prevalans değerlerinin %0.3-0.7 oranında olduğunu rapor etmişlerdir.

YB denildiğinde akla ilk gelen hastalıklar AN, BN ve TYB olmaktadır. Ancak DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre yapılan araştırmalarda en yaygın görülen tanı BTAYB'dir. BTAYB'de AN ve BN kriterlerini tam olarak karşılayamayan kişiler bulunmaktadır. Favaro, Ferrara ve Santanastaso tarafından 2003 yılında DSM-IV kriterlerine göre İtalya'da yapılan bir çalışmada yetişkin bireylerde Atipik AN (%2.6) ve Atipik BN (%3.1)'nin toplamın %5.7'lik dilimini oluşturduğu bulgulanmıştır. Ancak DSM-5 kriterlerinin kullanıldığı bir başka bir çalışma ise BTAYB prevalansının %2.8'den %1.7'ye düştüğünü göstermektedir (Machado, Goncalves ve Hoek, 2013). DSM-IV TR ve DSM-5 kriterlerine göre TDBBYB ve TBYB'nin görülme sıklığının incelendiği bir başka araştırmada ise yaşları 22-27 arasında değişen 2825 Fin ikiz kadın katılımcılarla iki aşamalı olarak (öz bildirim ölçekleri + SCID) çalışılmıştır. Araştırma sonucunda risk grubunda olduğu bulunan kadınların DSM-IV'e göre BTAYB yaşam boyu prevalansı TYB dahil %3.1, TYB hariç %3.3 bulunmuşken, DSM-5'e göre TDBBYB yaşam boyu prevalansı %0.6, TBYB ise %0.9 olarak bulgulanmıştır (Mustelin, Lehtokari ve Keski-Rahkonen, 2016). Oranlar arası farklılıklar DSM-IV TR'den DSM-5'e geçişte tanı kriterlerinin değişmesi ile açıklanabilmektedir.

BTAYB içinde ele alınan ÇB ilk olarak 2005 yılında Keel, Haedt ve Edler tarafından öznel yeme ataklarının ardından (normal miktarda yeme) gelen ve tekrarlayan çıkarma davranışı olarak tanımlanmış (Keel ve Striegel - Moore, 2009) ve DSM-5'te TDBBYB kümesinin altında yer almıştır (APA, 2013). Yaşam boyu prevalans değerlerinin dünyada kadınlarda %1.1 (Favaro, Ferrara ve Santanastaso (2003) ile %5.3 (Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik, Fairburn, 2006) arasında olduğu belirtilmektedir. Örneğin, Avustralyalı ve Kanadalı kadınlar arasında %0.5 ile %0.6

oranında görüldüğü rapor edilmiştir (Gauvin, Steiger ve Brodeur, 2009; Hay, Mond, Buttner ve Darby, 2008).

Gece Yeme Sendromu (GYS) da DSM-5'te TDBBYB içinde ele alınan bozukluklardan biridir (APA, 2013). YYS prevalansının ABD'deki genel popölasyonda %1.5 olduğu düşünölmektedir. Bu da TYB'ye benzer bir tablo ortaya koymaktadır. Genellikle obez popölasyonda daha sık görölmektedir (Pinto, de Bruin, de Bruin, Lemos, Lopes ve Lopes, 2017). Örneğın İsveç'te yapılan bir ikiz çalışmasında, YYS, obezitesi olan erkeklerde olmayanlara göre 2.5 kat, obezitesi olan kadınlarda ise olmayanlara göre 2.8 kat daha yaygın olarak bulgulanmıştır (Tholin, Lindroos, Tynelius, Åkerstedt, Stunkard, Bulik ve Rasmussen, 2009). Başka çalışmalar da obezite cerrahisi isteyen bireylerin %55'ine kadar olan grupta YYS semptomları olduğunu bildirmektedir (Gallant, Lundgren ve Drapeau, 2012).

1.2.1.1.2. Diğer Bölgeler

Dünyada YB ile ilgili araştırmaların daha çok beyaz ve batılı olarak tanımlanan ABD, Avrupa, Avustralya ve Kanada gibi ölkelerde yapıldığı yukarıda vurgulanmıştır. Ancak son 20 yıllık çalışmalar YB'nin dünyanın diğer bölgelerinde de arttığını, örneğın Hindistan ve Çin gibi ölkelerde kendi içinde YB oranları az görölse bile bu ölkelerin küresel düzeyde YB'den kaynaklanan sağlık yüklerine etki ettiğini göstermektedir (Thomas, Lee ve Becker, 2016).

Asya'daki yeme bozuklukları ile ilgili en sağlam epidemiyolojik veriler, Çin, Japonya ve Güney Kore'de yapılan büyük kohort çalışmaları da dahil olmak üzere Doğı Asya'dan gelmektedir. Örneğın Çin'de üniversite öğrencileri arasında yapılan araştırmada YB'nin genel olarak %2.17, AN'nin %1.05, BN'nin %2.98, TYB'nin ise %3.58 oranında görüldüğü bulgulanmıştır (Chang, Nie, Kang, He, Jin, Yao ve 2015; Pike, 2015). Japonya'da yürütölen 16-23 yaş arası gençlerden oluşın başka bir çalışma ise 1982-2002 yılları arasında AN prevalansının %0.11'den %0.43'e, BN'nin %0'dan %2.32'ye, BTAYB'nin ise %0.89'dan %3.32'ye yükseldiğini bulgulanmıştır (Nakai, Nin ve Noma, 2014). Bu eğilim, aynı zaman diliminde ABD'de BN için elde edilen bulgulara ters bir veri oluşturmaktadır (Keel,

Heatherton, Dorer, Joiner ve Zalta, 2006). Güney Kore’de 2006-2011 yılları arasında ruhsal hastalıklar ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmada ise AN’nin yaşam boyu yaygınlık oranı %0, BN’nin ise %0.1 olduğu bulgulanmıştır (Choi, Lee, Cho, Park ve Gim, 2015; Thomas, Lee ve Becker, 2016).

Singapur, Malezya, Vietnam ve Tayland gibi Güneydoğu Asya’da bulunan ülkelerle ilgili olarak ise kesin bir epidemiyolojik veri incelenememiştir. Ancak bu ülkelerde yürütülen yeme bozukluğu ile ilgili davranışları kapsayan vaka çalışmaları, okul ve üniversite temelli araştırmalar son yıllarda ergen ve genç yetişkinlerde yeme davranışlarında bozulmalar olduğunu ortaya koymaktadır (Thomas, Lee ve Becker, 2016).

Güney Asya ülkeleri ile ilgili veriler ise Doğu Asya ülkelerine kıyasla daha zayıf kalmaktadır. Örneğin Hindistan’da YB epidemiyolojisine yönelik bir çalışma bulunmamakla birlikte, 66 psikiyatristin katıldığı bir araştırma sonucunda Bangalore şehrinde kliniğe başvuran 74 YB hastasının 32’sinin (%43.2) AN, 12’sinin (%16.2) BN, 30’unun ise (%40.6) BTAYB olduğu bildirilmiştir. Bu bölgede uzmanlar arasında genel görüş kliniğe başvuran YB hastalarının sayısının arttığı yönündedir (Chandra, Abbas ve Palmer, 2012). Bununla birlikte, Pakistan, Nepal, Sri Lanka ve Bangladeş gibi ülkelerde de görülen YB vakaları olduğu ve ergenlerin Yeme Tutum Testi Ölçeğinden kesme noktasının üstünde (> 30) puan aldıkları belirtilmektedir (Thomas, Lee ve Becker, 2016).

Dünyada Pasifik Adaları popülasyonu olarak ele alınan Yeni Zelanda, Fiji ve Guam gibi ülkelerde de net bir epidemiyolojik veriye ulaşılamamakla birlikte Yeni Zelanda’da 16 yaş ve üzeri kişilerle yapılan bir çalışmada AN hem kadınlar hem de erkekler arasında %0.1’den düşük, herhangi bir YB’nin son 12 aylık süreçte görülme sıklığı ise %0.5 olarak bulgulanmıştır (Wells, Oakley Browne, Scott, McGee, Baxter ve Kokaua, 2006). Fiji ve Guam’da yürütülen araştırmalar da yine tam bir epidemiyolojik veri sunamamakla birlikte özellikle genç nüfusta yeme davranışında ciddi düzeyde bozulmalar olduğunu göstermektedir (Thomas, Lee ve Becker, 2016).

1.2.1.2. Türkiye

Türkiye’de de diğer ülkelerde olduğu gibi her geçen yıl ergen ve genç bireylerin yeme davranışlarında bozulma ve YB’nin görülme sıklığı artmaktadır. Ancak YB alanında epidemiyolojik çalışmaların yürütülmesi maliyet ve zaman sorunu oluşturduğu için büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalar çok sık yapılmamakla birlikte metropol şehirlerde yürütülen araştırmalara da ne yazık ki rastlanamamaktadır.

Son yıllarda YB alanına ilgi gitgide artmakta ve özellikle YB’nin önemli belirtilerinden biri olan yeme davranışında bozulma sıklıkla inceleme konusu olmaktadır. Bu nedenle, bu bölümde, YB alanında yapılmış epidemiyolojik çalışmalarla birlikte son yıllarda kendini bildirim ölçekleri kullanılarak yürütülen ve yeme tutum ve davranışları ile birlikte yeme davranışında oluşan bozulmaları inceleyen araştırmalardan örnekler özetlenecektir.

Ülkemizde yapılan epidemiyolojik veriler incelendiğinde karşımıza ilk Büyükkal’ın (1995) 15-18 yaş grubu 800 öğrenci ile yaptığı araştırma çıkmaktadır. Bu çalışmaya göre DSM kriterleri temel alındığında sadece %3 (24 öğrenci) oranında öğrenciye YB tanısı konulduğu görülmektedir (aktaran Polat ve Södan Turan, 2013). Uzun, Güleç ve Özşahin’in (2006) 414 kadın üniversite öğrencisi ile yürüttükleri çalışmada ise 2 AN (%0.48) ve 2 BN (%0.48) olgusu bildirilmiştir. Kuğu, Akyüz ve Doğan’da (2006) 951 üniversite öğrencisini DSM-IV ile taramış ve katılımcıların 21’inde (%2.20) YB bulgulamışlardır (%1.57 (15 kişi) BN, %0.31 (3 kişi) TYB). YB tanısı konulan grubun tamamı kadındır.

Türkiye’de yürütülen en kapsamlı epidemiyolojik çalışmalardan biri Vardar ve Erzengin’in (2011) araştırmasıdır. Bu çalışma Edirne ilinde bulunan 10 ve 11. sınıf lise öğrencilerini kapsamaktadır. Çalışmada 2907 öğrenci değerlendirilmiş ve YB’nin görülme yaygınlığı %2.33 (68 kişi) olarak bulunmuştur. YB tanısı konulan kişilerin %86.8’i kız (59 kişi), %13.2’si (9 kişi) erkektir. AN için nokta yaygınlığı %0.034 (1 kişi), BN için %0.79’dur (23 kişi). Erkeklerden AN ve BN tanısı konulan kimse yoktur. Kızların kendi içinde AN yaygınlığı %0.068, BN yaygınlığı %1.57’dir.

Atipik YB nokta yaygınlığı incelendiğinde kızlarda %2.39 (35 kişi), erkeklerde %0.62 (9 kişi), toplamda %1.51 (44 kişi) değerleri elde edilmiştir. Atipik YB’de TYB kriterlerini karşılayanların oranı %0.997’dir (29 kişi) (Kızlarda %0.72 (21 kişi), erkeklerde %0.26 (8 kişi)). TYB nokta yaygınlığı cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise bu oranın kızlarda %1.43, erkeklerde %0.55 olduğu görülmektedir. Herhangi bir YB tanısı konulma oranı ise kızlarda %4.03, erkeklerde %0.62 olarak tespit edilmiştir.

Türkiye’ye dair bir diğer önemli epidemiyolojik veri Semiz, Kavakcı, Yağız, Yontar ve Kuğu (2013) tarafından Sivas ilinde 18-44 yaş arasındaki 1122 kişi ile yapılan araştırmadan gelmektedir. SCID I ve II’nin tanı görüşmelerinde kullanıldığı çalışmada ilk aşamada katılımcıların %5.3’ü (59 kişi) risk grubunda tanımlanmıştır. Araştırma sonucunda toplam YB nokta yaygınlığı %1.52 (17 kişi) olarak bulgulanmıştır. Örneklemde yer alan 544 kadının %2.8’ine (15 kişi), 578 erkeğin ise sadece %0.35’ine (2 kişi) YB tanısı konulmuştur. AN tanısı konulan kimse çıkmamıştır. BN tanısı konulan kadınların yaygınlığı %0.63 (7 kişi), TYB tanısı konulanların ise %0.89’dur (10 kişi).

YB ile ilgili epidemiyolojik verilerin incelendiği çalışmaların dışında kendini bildirim ölçekleri yoluyla toplum örneklemleri ile yapılan araştırmalar da bulunmaktadır. Bu araştırmaların sunduğu bilgiler dünyada ve Türkiye’de YB’nin yaygınlık çalışmalarının ortaya koyduğu ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde yeme tutum ve davranışlarında bozulmaların olduğu, YB riskinin arttığı ve kadınların yeme davranışlarında yaşanan bozulmaların erkeklerden daha fazla olduğu bilgisi ile tutarlıdır. Örneğin, Celikel, Cumurcu, Koc, Etikan ve Yucel (2008), 267 üniversite öğrencisinin yeme tutumlarını incelemiş ve öğrencilerin %20’sinin bozulmuş yeme tutumları olduğunu ve bu tutumlar ile depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve fobik anksiyete arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu bulgulamışlardır. Ünsal, Tozun, Ayrancı ve Arslantaş ise (2010) Eskişehir’de bulunan 8 lisedeki 909 öğrenciye yeme tutum testi (YTT-40) uygulamış ve YTT-40 ölçeğinden aldıkları puanlara göre öğrencilerin YB için risk grubunda olup olmadığını ($YTT-40 > 30$) incelemişlerdir. Buna göre, katılımcıların %18.8’inde (39 erkek (%8.6), 49 kadın

(%10.2)) yeme bozukluğu şüphesi bulunmuştur. Özgen, Kınacı ve Arlı (2012) da yaşları 12-18 arasında değişen 757 (487 kız, 275 erkek) öğrenci ile yeme tutum ve davranışları ile ilgili çalışma yürütmüş ve ergenlerin cinsiyete göre ağırlık kontrollerine ilişkin ifadelerle katılmasını değerlendirmişlerdir. Araştırma sonuçları 'şişmanlıktan ödüm kopar', 'aklım fikrim yemektir', 'yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur', 'yemeklerden sonra karnımda şişlik hissedirim' ve 'tek düşüncem zayıf olmaktır' ifadeleri arasında cinsiyete göre anlamlı farklılık olduğunu ve kız öğrencilerin daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir ($p < .05$). Oğur, Aksoy ve Selen (2016)'in 294 üniversite öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada ise kız öğrencilerin %11.9 (21 kişi), erkek öğrencilerin %14.9'unun (18 kişi) YTT-40'dan 30 ve üstü puan alarak risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Uzdil, Özenoğlu ve Ünal (2017) ise kadın lise öğrencilerinde (100 kişi) yeme tutum ve beslenme alışkanlıklarını YTT-40 ile incelemiş ve katılımcıların %14'ünün YTT-40'dan 30 ve üstü puan aldığını ve bu kişileri yeme bozukluğu açısından risk grubunda olarak değerlendirilebileceğini belirtmişlerdir.

1.2.2. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

YB genel olarak çok büyük miktarda ya da yetersiz yiyecek alımı ile karakterize, yeme alışkanlıklarında meydana gelen bozulma olarak tanımlanmaktadır (Rikani ve ark., 2013). YB'nin ortaya çıkma nedenleri diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi karmaşık ve birbiri ile etkileşime giren çok boyutlu bir yapıya sahiptir. YB ile ilgili yürütülen araştırmalar tam bir etiyoloji ortaya koyamamakla birlikte; araştırmalarda biyolojik, gelişimsel ve psikososyokültürel faktörler ve bunların etkileşimleri üzerine odaklanılmaktadır. Bu etkileşimli/transaksiyonel süreç YB ve semptomlarının 3 temel adımda ortaya çıktığını göstermektedir: a) çevresel olaylara verilen tepkiyi etkileyen biyolojik hassasiyet (gen-çevre ilişkisi), b) biyolojik hassasiyet ile etkileşen çevresel faktörler (gen-çevre etkileşimi), c) gen ifadesini (gene expression) değiştiren çevresel veya biyolojik süreçler (epigenetik etkiler). Dolayısıyla bu 3 temel adım; biyolojik, psikolojik, gelişimsel ve sosyokültürel faktörlerin birbirinden bağımsız olmadığını ve YB etiyolojisinin biyopsikososyal bir

yaklaşım ile incelenmesi gerekliliğini işaret etmektedir (Culbert, Racine ve Klump, 2015).

1.2.2.1. Biyolojik Faktörler

Bu bölümde biyolojik faktörler kapsamında genetik etki, nörobiyoloji, hormonlar ve nörobilişsel faktörler ele alınacaktır.

Genetik Etki: YB’de genetik etkiyi göstermeye yönelik yapılan epigenetik çalışmalarda DNA yapıları ve genlerin etkileri üzerine yoğunlaşmaktadır. Yürütülen araştırmalar, YB ve genetik faktörler arasında göz ardı edilemez bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Farklı örneklerde ve yöntemlerle sürdürülen ikiz ve evlat edinme çalışmalarında, kadın ve erkeklerde, AN, BN ve TYB ile bozulmuş yeme belirtilerinde orta seviyeden yükseğe doğru giden bir kalıtım derecesi olduğu bulgulanmıştır (Culbert, Burt, McGue, Iacono ve Klump, 2009; Trace, Baker, Peñas-Lledó ve Bulik, 2013). Bununla birlikte Klump, Miller, Keel ve arkadaşlarının (2001) yürütmüş oldukları başka bir ikiz çalışmasında 13 AN, 13 Eşikaltı AN tanısı konulan 7’si tek, 6’sı çift yumurta ikizi toplam 26 katılımcıdan tek yumurta olan ikizlerin %26-50’sinin AN tanısı için uygun olduğu bulunmuştur. Evlat edinme ve ikiz çalışmalarında önemli olan noktalardan biri paylaşılan/ortak çevresel etkiler (davranışsal benzerlikler yaratmaya yarayan etkiler, örneğin ikizlerin birlikte büyüdüğü aile ortamı) ile paylaşılmayan çevresel etkilerin (davranışsal farklılıkların oluşmasına neden olan etkenler, örneğin olumsuz yaşam olayları) elde edilen bulguları değerlendirirken dikkate alınması gerekliliğidir (Rikani ve ark. 2013).

Nörobiyoloji: YB’de nörobiyolojik sistemlerin incelenmesi için yürütülen çalışmalar serotonin (5HT), dopamin ve beyin kaynaklı nörotrofik faktörlerin (brain-derived neurotrophic factor) etkilerine odaklanmaktadır. Ancak her ne kadar duyudurum üzerinde etkili olan bu nörotransmitterlerin doğrudan YB ile ilişkisi olmadığı bilinse de yapılan bazı çalışmalar reseptör aktivitelerinde oluşan değişimin YB belirtilerine etki ettiğini ancak bazı hastalarda hala anksiyete, mükemmeliyetçilik ve takıntılı davranışların kaldığını göstermektedir (Gorwood, Kipman, Foulon, 2003; Kaye ve ark., 1998; Kaye ve ark., 2005). Bununla birlikte, YB’de beynin ödül

sistemlerinde yaşanan disregölasyonun araştırıldığı başka bir çalışma yoğun egzersiz ile kısıtlama davranışının birleştii Anoreksiya modelinde hastaların serotonin ve mezolimbik dopamin seviyelerinde değişim olduğunu bulgulamıştır (Avena ve Bocarsly, 2012). Bu bulguya dayanarak Rikani ve arkadaşları (2013), bozulmuş yeme davranışlarının serotonin işlevini potansiyel olarak değiştirebileceğini ve bu nedenle YB'nin iyileşmesinden sonra serotoninin işlevsel değişikliklerinin devam edebileceği sonucuna varılabileceğini belirtmişlerdir.

YB'de nörobiyolojik faktörleri çalışmak hem invazif hem de zaman alan ve maliyeti olan bir yöntem olması nedeni ile zordur. Bununla birlikte kontrol edilemeyen diğer çevresel faktörlerin ve gen-çevre etkileşiminin YB üzerindeki etkilerinin neler olabileceğinin göz ardı edilmemesi önerilmektedir (Culbert, Racine ve Klump, 2015).

Hormonlar: Üreme hormonlarının yaşa bağlı olarak yeme davranışı üzerinde etkisi vardır. Özellikle östradiol ve progesteron seviyelerindeki farklılaşmanın bozulmuş yeme davranışı üzerinde etkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğın, adet döneminde olan kadınlarda yapılan çalışmalarda östradiol ve progesteron seviyesindeki değişimlerin hem normal hem de klinik popölasyonda duygusal yeme ve tıkınma atakları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Edler, Lipson ve Keel, 2007; Klump, Keel, Culbert ve Edler, 2008). Bununla birlikte başka bir çalışma da yüksek östradiol seviyesi olan kızlarda, düşük östradiol seviyesi olan kızlara göre, düzensiz yeme üzerinde daha fazla genetik etkinin bulunduğunu tespit etmiştir (Klump, Keel, Sisk ve Burt, 2010). Araştırma bulguları, ergenlik dönemi ile birlikte başlayan hormonal değişimlerin, kızlarda düzensiz yeme semptomlarının oluşmasına neden olan genetik etkilerin olduğuna işaret etmektedir. Ancak üreme hormonları ve YB'nin oluşmasına neden olan genetik risk arasındaki ilişkiye yönelik ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir (Baker, Girdler ve Bulik, 2012).

Nörobilişsel Faktörler: Son yıllarda YB olan bireylerde nörobilişsel işlevsellikte bozulma olabileceği giderek daha fazla kabul görmekte ve yapılan araştırma sayısı artmaktadır. YB hastalarında özellikle yürütücü işlevsellik ve görsel-

mekansal işlevsellikte bozulmalar olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Tchanturia ve ark., 2012). Ancak dikkat, sözel işlevsellik, öğrenme ve genel zeka ile ilgili bulgular çelişkili ve yetersizdir (Carina Gillberg, Råstam, Wentz ve Gillberg, 2007; Lopez, Tchanturia, Stahl ve Treasure, 2008). Özellikle AN ve BN hastaları ile yürütülen çalışmalar bu hastaların bilişsel esneksizlik (cognitive inflexibility) ve set değiştirme becerilerinde bozulmalar (set-shifting difficulties) olduğunu göstermektedir (Allen, Byrne, Hii, Van Eekelen, Mattes ve Foster, 2013; Van den Eynde ve ark., 2011). Fakat nörobilişsel performansı ve sağlıklı kontrolleri karşılaştıran araştırmaların sınırlı olması ve çoğunlukla küçük örneklemelerde çalışmaların yapılmış olması bazı bulguları tartışmalı kılmaktadır.

1.2.2.2. Gelişimsel Faktörler

YB’de gelişimsel süreçlerle ilişkili olarak kabul edilen travmatik deneyimler, cinsel istismardan (Cİ) fiziksel ve duygusal istismar, saldırı, zorba davranışlar ve ihmale uzanan bir yelpazede ele alınmaktadır. Bu tür çevreden ve aileden gelen olumsuz deneyimlerin Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğuna yol açabileceği gibi YB’nin ortaya çıkma olasılığını da arttırabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Kapudant ve Erol, 2013). Özellikle aile üyelerinin yaşadığı sorunlara ve travmalara (psikiyatrik hastalıklar, alkol-kumar, ölüm ve ayrılık, vb.), anne-baba ilişkisinde var olan sorunlara (çatışmalı aile üyeleri) ve aile içi ilişkilerde yaşanan sorunlara (aşırı koruyucu ebeveynler, duygusal olarak mesafeli ebeveynler, ihmalkâr aile, vb.) YB hastalarının anlatmış olduğu hastalık öykülerinde sıklıkla rastlandığı bulgulanmıştır (Råstam ve Gillberg, 1991; Ringer ve Crittenden, 2007; Toker ve Hocaoglu, 2009; Okumuş, Baykal, Deveci ve Karaköse, 2018).

Cİ ise hastalığın risk faktörlerinden biri olarak değerlendirilmekle birlikte araştırmacılar ve klinisyenler arasında hala tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bazı çalışmalar Cİ ve YB arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösterirken bazı çalışmalar tersi kanıtlar sunmaktadır (Brewerton, 2007). Örneğin, Smolak ve Murnen (2002), 53 araştırmanın meta analizini yapıp çocukluk döneminde meydana gelen Cİ’nin YB’de özellikle bulimik semptomlarla ilgili bir risk faktörü olduğunu

bulgulamışlardır. Bir başka çalışma ise Cİ'nin AN'nin tıknıma-çıkartma tipinde AN'nin kısıtlı tipine oranla daha fazla görüldüğünü göstermektedir (Carter, Bewell, Blackwell ve Woodside, 2006).

1.2.2.3. Psikososyokültürel Faktörler

Yeme davranışında bozulmaya ve YB'nin ortaya çıkmasına neden olan faktörlerden bir diğeri yukarıdaki bölümde detaylı bir şekilde anlatıldığı gibi diyet ve egzersiz davranışları, sigara ve alkol kullanımı, beden imgesi bozukluğu, psikiyatrik hastalıklar, yazılı-görsel ve sosyal medyanın etkisi, aile üyelerinin baskısı, akranlar ve ünlülerle yapılan fiziksel görünüşe dayalı karşılaştırmalar ve zayıflık idealinin içselleştirilmesini kapsayan psikososyokültürel faktörlerdir. Bunlara ek olarak, araştırmalar kişilik yapısının da hastalığın önemli yordayıcılarından biri olduğunu göstermektedir (Varlık Özsoy, 2017). YB hastalarının kişilik yapılarının incelenmesi ile benzer tutum, davranış ve medya baskısına maruz kalan ergenler arasında neden bazılarının daha çok kilo ve beden ile ilgili endişe duyduklarının anlaşılmasına katkı sağlanabilir.

“Olumsuz duygusallık (negative emotionality)” (disfori yaşama eğilimi, olumsuz kendini değerlendirme ve düşük öz saygı,vb.), “mükemmeliyetçilik” (kusursuzluğa ulaşma eğilimi ve hata yapmaktan korkma) ve “dürtüsellik” YB hastalarında kişilik yapısı ile ilgili en çok araştırma yapılan kavramlardandır. Yapılan çalışmalarda AN ve BN hastalarının farklı kişilik tiplerine sahip olduğu bulgulanmıştır. Örneğin, 7. sınıf ile 10. sınıf arasında olan ve 8 yıl boyunca takip edilen kızları kapsayan prospektif bir çalışmada artan mükemmeliyetçilik AN için, negatif duygusallık ise BN için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Tyrka, Waldron, Graber ve Brooks-Gunn, 2002). Bir başka derleme çalışmasında da mükemmeliyetçiliğin özellikle AN, dürtüsellik ise BN ve TYB vakalarında ön plana çıktığından söz edilmektedir (Varlık Özsoy, 2017).

1.2.3. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma

2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından beşincisi yayınlanan DSM ile yeme bozuklukları tanı ve sınıflandırılmasında DSM-IV-TR'ye göre bazı değişimler yaşanmıştır.

DSM-IV-TR'de 'Yeme Bozuklukları' başlığı altında Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları sıralanırken 'Bebek ya da Küçük Çocuklarda Beslenme ve Yeme Bozukluğu' başlığı altında Pika, Ruminasyon (Geri çıkarma/Geviş Getirme Bozukluğu) ve Bebek ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu ele alınmaktaydı. Ancak, DSM-5 ile bu iki grup, Beslenme ve Yeme Bozuklukları başlığı altında toplandı ve hastalıkların tanı kriterleri yeniden düzenlendi.

Yeni düzenleme ile ortaya konulan değişikliklerden en önemlilerinin TYB'nin BN'nin bir alt tipi olmaktan çıkartılması; AN, BN ve TYB'de tanı konulması için gereken sürelerin azaltılması ve AN tanısı konulması için aranan amenore olma (menstrual siklusun durması) kriterinin kaldırılması ile Bebek ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu tanı kategorisinin kaldırılıp yerine Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu'nun bu kümeye dahil edilmesi olduğu söylenebilir (Walsh, Attia, Glasofer ve Sysko, 2015).

Bu bölümde DSM-5'e göre Beslenme ve Yeme Bozuklukları tanı kategorileri sıralanacak, hastalıkların temel belirtileri ele alınacaktır.

1.2.2.1. Anoreksiya Nervoza (AN)

AN, yeme bozuklukları içinde klinik olarak tanımlanan ilk hastalık olmuştur. Literatürde ilk defa 1694 yılında Richard Morton, AN'ye benzeyen belirtileri olan 18 yaşındaki bir kadından 'Sinirsel Tüketim (Nervous Consumption)' kavramı ile söz etmiştir. 200 yıl sonrasında ise 1874 yılında İngiltere'de Sir William Gull, 3 kadının belirtilerini açıklayarak bu hastalığın ayrı bir klinik durum olduğunu ifade etmiştir (aktaran Walsh, Attia ve Sysko, 2015).

AN'nin tanı kriteri olarak belirtilmesi ise 1970 yılında gerçekleşmiştir. Gerald Russel, AN belirtilerinin 1) kilo kaybına yol açan davranışlar, 2) kilo alma korkusu, 3) endokrin bozukluk olarak kadınlarda amenore, erkeklerde cinsel güç ve ilgi kaybı ile karakterize olduğunu söylemiştir (Garfinkel, 2002). Bununla birlikte Feighner ve arkadaşlarının (1972) belirlediği ölçütler de DSM III'te yer alan AN kriterlerinin temelini oluşturmuştur.

AN'nin tanı kriterleri zaman içinde revize edilerek yayınlanan DSM'lerde ufak değişiklikler gösterse de en belirgin özelliği olarak, yetersiz beslenmeye bağlı oluşan ve kişiyi DSÖ tarafından belirlenmiş 'zayıf BKİ' (17 ve altı) altında bırakan düşük kilo/beden ağırlığına sahip olmak ve kilo almaktan aşırı korkmak sayılabilir. Bununla birlikte, AN'si olan bireyler boy ve kilo oranlarına göre olması gereken en az kiloda olmayı reddetmekte, zayıf kalmak için çaba harcamakta, vücut biçimi ve boyutunu algılamada bozulmalar yaşamaktadır (Görgülü, 2013).

'Anoreksiya' kelimesinin anlamı 'iştahsızlık' olmasına rağmen, hastalık kelime anlamını tam olarak karşılamamaktadır. Bireyler yeme kısıtlamasını iştahsızlık nedeniyle yapmamakta, aksine alınan gıdaların çeşitli psikolojik faktörlere bağlı olarak kısıtlanmasına yönelik yüksek motivasyona sahip oldukları görülmektedir (Palmer, 2014, s.2).

AN'nin başlangıcından hemen önce bireyler öncelikle yüksek kalorili yiyecekleri menülerinden çıkarıp gıda alımını azaltarak yani diyet uygulaması yoluyla kilo vermeye çalışırlar. Ancak kilo verme sürecinde uygulanan diyetler, az sayıda yiyeceklerle uzun süre aç kalmaya ve ek kilo verme yöntemlerinin (kusturma, laksatif vb.) uygulanmasına evrilebilir. Bireyler yeterli miktarda kilo verdiklerini düşünmez ve kilo vermiş olsalar bile kötü beslenmenin ortaya çıkardığı tıbbi sonuçları reddetme eğilimi gösterirler (Görgülü, 2013).

AN'de görülen bir diğer önemli özellik ise öz değerinin kilo ve beden üzerinden şekillenmesidir. Bireylerin kendilik saygıları vücut ağırlıklarına bağlıdır ve kilo almaktan aşırı korkmaktadırlar (Garner, 2002). Ayrıca, bedenlerinin bazı bölümlerinin şişman görüldüğüne dair yüksek kaygı duygusu yaşarlar. Bu nedenle

sürekli tartılma, ayna karşısında bedeni inceleme, diğerleri ile bedeni kıyaslama ya da beden bölümlerini ölçme gibi tekrarlı davranışlarda bulunurlar (Garfinkel, 2002).

DSM-5'te AN iki alt tipte ele alınmaktadır: Kısıtlayıcı Tip ve Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma Tipi. Kısıtlayıcı Tip'te kilo kaybı katı diyet uygulamaları ve/ya da aşırı egzersiz yaparak sağlanır. Tıkınırcasına yeme/çıkarma tipinde ise aşırı yeme atakları ve ardından gelen çıkarma dönemleri (kendini kusturma, laksatif, idrara söktürücü ilaçlar ya da lavman kullanımı) bulunmaktadır (Köroğlu, 2014a). DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza tanı kriterleri Şekil 2'de sıralanmıştır.



Şekil 2: DSM-5'e göre Anoreksiya Nervosa tanı kriterleri

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

Varsa belirtiniz:

(F50.01) Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünüşleri tanımlar.

(F50.02) Tıknırcasına yeme/çıkarma türü: kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Anoreksiya Nervosa için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır, ancak ya B tanı ölçütü (kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunma) ya da C tanı ölçütü (vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili kendilik algısı bozuklukları) yine karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren: Anoreksiya Nervosa için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı süreci uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağırlığın an düşük düzey, erişkinler için, o sıradaki vücut kitlesi göstergesine (indeksine) (VKG) göre, çocuklar ve gençler için VKG yüzdebirliğine (persentiline) göre belirlenir. Aşağıdaki diğer aralıkları, erişkinler için Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için bunlara karşı gelen VKG yüzdebirlikleri kullanılmalıdır. Klinik belirtileri, işlevsel yetersizliğin derecesini ve gözetim altında tutulma gereğini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: $VKG \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Orta derecede: $VKG 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Ağır: $VKG 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Aşırı düzeyde: $VKG < 15 \text{ kg/m}^2$

Kaynak: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından alıntılanmıştır (Köroğlu, 2014a).

1.2.3.2. Bulimiya Nervosa

BN ilk olarak 1979 yılında Gerald Russell tarafından tanımlanmıştır. Russell, 30 hasta ile karşı konulamaz aşırı yeme isteği ve ardından kusma ya da çıkartma davranışı ile şişman olma korkusunun kriter olarak belirlendiği prospektif bir çalışma yürütmüş ve BN'nin temel tanı kriterlerini tanımlamıştır. Zaman içinde AN'de olduğu gibi BN'nin de tanı kriterleri yayınlanan DSM'lerde ufak değişikliklere uğramıştır (Walsh, Attia ve Sysko, 2015).

Son yayınlanan DSM-5'e göre BN'nin başlıca özellikleri; yineleyici tıknırcasına yeme dönemlerinin varlığı ve kişinin kilo almaktan duymuş olduğu yoğun korku nedeni ile kendini kusturma, laksatif veya diüretik kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygun olmayan tekrarlayıcı davranışların bulunmasıdır. Tıkınmalar, benzer koşullarda, benzer sürede (örneğin iki saat), çoğu insanın yiyebileceğinden daha fazla miktarda bir yiyeceği yeme olarak tanımlanmaktadır. Tıkınma ve uygun olmayan telafi edici davranışların üç ay içinde ortalama en az haftada bir kez olması gerekmektedir (Köroğlu, 2014a).

BN'de tıkınma ataklarında genel olarak yüksek kalorisi olan şekerli ve karbonhidrat ağırlıklı yiyeceklerin seçildiği belirtilmektedir (Cooke, Guss, Kissileff, Devlin ve Walsh, 1997; Fitzgibbon ve Blackman, 2000). Yiyeceklerin tüketildiği sırada ise bireyler olağandan daha hızlı, kontrol kaybı yaşayarak ve rahatsız edici bir biçimde doyana kadar yediklerini ve yedikleri miktardan utandıkları için gizli ya da diğerlerine fark ettirmeden yemeye çalıştıklarını ifade etmektedir (Palmer, 2014, s.11). Ayrıca, tıkınma atakları sonrasında genelde kendilerini yorgun ve halsiz hissettiklerini, bu durumdan iğrendiklerini ve suçluluk duygusu yaşadıklarını bildirmektedir (Aslantaş Ertekin, 2010).

BN'si olan bireylerde de kendilik değeri AN'de olduğu gibi beden şekli ve ağırlığı üzerinden şekillenir. Bu kişiler, sürekli olarak yemek düşünürler, beden şekillerinden memnun olmazlar ve kilo almaktan yoğun bir korku duydukları için yedikten sonra uygun olmayan telafi davranışlarında bulunurlar. Ancak BN'de AN'de olduğu gibi 17 ve altı BKİ görülmez. BN'si olan kişilerin kilolarının

boylarına oranı en az 17 ve üstü BKİ olarak belirtilir (Palmer, 2014). DSM-5'e göre Bulimiya Nervosa tanı kriterleri Şekil 3'te sıralanmıştır.

Şekil 3: DSM-5'e göre Bulimiya Nervosa tanı kriterleri

- A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik sürede) yeme.
 2. Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyurunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da nedenli yediğini denetleyemediği duygusu)
- B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, nerdeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.
- C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
- D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.
- E. Bu bozukluk, yalnızca Anoreksiya Nervosa dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

Tam yatışma gösteren: Bulimiya Nervosa için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbirisi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre belirlenir (aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Kaynak: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından alıntılanmıştır (Köroğlu, 2014a).

1.2.3.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

TYB, tıkınırcasına yemenin ardından gelen uygun olmayan telafi edici davranışların ortaya çıkmadığı yeme atakları olarak tanımlanmaktadır (Garfinkel, 2002). DSM-5'e kadar BN'nin tıkınırcasına yeme alt tipi olarak ele alınan TYB, DSM-5'in 2013 yılında yayınlanması ile birlikte ilk defa ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmıştır. Yapılan araştırmalar ve meta analiz çalışmaları, telafi davranışı ortaya çıkmadan sadece tıkınırcasına yeme durumunun yaygınlığını ortaya koymuş ve TYB'si olan ve olmayan kişiler arasında özellikle artan duygudurum ve anksiyete problemleri yaşandığını göstermiştir (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby ve Engel, 2009).

TYB'si olan kişilerde de BN'de olduğu gibi benzer sürede ve koşullar altında, diğerlerinin yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği, belli bir zaman dilimi içinde yeme; yemek yemeyle ilgili olarak yeme kontrolünün kalktığı ve yemeyi durduramadığı duygusunun eşlik etmesi beklenir. Yeme süresi olağandan hızlıdır, fiziksel açlık yokken ve rahatsızlık hissi oluşana kadar yemeye devam edilir, yeme miktarından utanıldığı için gizli ya da kendi başına yeme ve yedikten sonra yoğun bir suçluluk duygusu görülür. Tanı konabilmesi için son üç aydır haftada en az bir tıkinma atağının yaşanması gerekmektedir (Köroğlu, 2014a).

TYB'si olan bireyler, diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi beden şekli ve ağırlıkları ile ilgili olarak daha fazla endişe göstermektedirler. Tıkınırcasına yemenin depresyon ve kaygı gibi disforik duygudurumla tetiklendiğini bildirilmekle birlikte tıkınırcasına yeme ile gelen kısa süreli bir rahatlık hissinden söz edilmektedir (Görgülü, 2013). Bu grupta da psikiyatrik eş tanı, önemli sağlık sorunları ve psikososyal bozulmalar görülür. Bununla birlikte TYB aşırı kilo ve obezite ile de bağlantılıdır (Wilson, Wilfley, Agras ve Bryson, 2010). DSM-5'e göre TYB tanı kriterleri Şekil 4'te sıralanmıştır.

Şekil 4: DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanı kriterleri

- A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
1. Benze koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
 2. Bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da nedenli yediğini denetleyemediği duygusu)
- B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:
1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
 3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
 4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
 5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.
- C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.
- D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
- E. Tıkınırcasına yemeye, Bulimiya Nevrozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca Bulimiya Nevroza ya da Anoreksiya Nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir, haftada birden azdır.

Tam yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi tıkınırcasına yemenin sıklığına göre belirlenir (aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi arttırılabilir.

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez tıkınırcasına yemenin olması.

Ağır: Ortalama haftada sekiz- on üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada don dört ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olması.

Kaynak: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından alıntılanmıştır (Koroğlu, 2014a).

1.2.3.4. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TDBBYB)

Bu kategori, DSM-5'te yer alan AN, BN ve TYB tanı ölçütlerine uymayan yeme bozuklukları için oluşturulmuştur. DSM-5'e göre TDBBYB Şekil 5'te açıklanmaktadır:

Şekil 5: DSM-5'e göre Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu tanı kriterleri

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken “Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “düşük sıklıkta Bulimiya Nevroza”).

“Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünüm için örnekler şunlardır:

- 1. Değişiktür (atipik) Anoreksiya Nevroza:** Belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında Anoreksiya Nevroza için bütün tanı ölçütleri karşılanır.
- 2. Bulimiya Nevroza (düşük sıklıkta ve / ya da sınırlı süreli):** Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama haftada bir kezden daha az veya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında Bulimiya Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanır.
- 3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (düşük sıklıkta veya sınırlı süreli):** Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütleri karşılanır.
- 4. Çıkarma Bozukluğu:** Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için, tıkınırcasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçların, idrar söktürücü [diüretik] ilaçların ya da başka ilaçların yanlış yere kullanımı).
- 5. Gece Yemek Yeme Bozukluğu:** Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yemek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri. Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daya iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya veya işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, tıkınırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna ya da ilacın etkisine bağlanamaz.

Kaynak: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından alıntılanmıştır (Koroğlu, 2014a)

1.2.3.5. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları (TBYB)

Bu kategori, DSM-5'te yer alan AN, BN, TYB ve Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu tanı ölçütlerine uymayan yeme bozuklukları için oluşturulmuştur. DSM-5'e göre TBYB Şekil 6'da açıklanmaktadır.

Şekil 6: DSM-5'e göre Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu kriterleri

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır.

Kaynak: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından alıntılanmıştır (Köroğlu, 2014a)

1.2.3.6. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

DSM-5'te yer alan bu tanı, DSM-IV-TR'de gelişimsel problemler ve/veya bakım verenleri ile yaşanan bazı sorunlardan kaynaklı bebeklik veya erken çocukluk dönemlerinde yaşanan beslenme bozukluklarının yerini almıştır. Aynı zamanda, yaş sınırı olmamakla birlikte özellikle ergenleri etkileyen ve DSM-IV-TR'deki tanı kriterlerine girmeyen klinik olarak önemli birtakım yeme sorunlarının belirlenmesi için DSM-5'e dahil edilmiştir (Walsh, Attia, Glasofer ve Sysko, 2015). Ancak bu kategori ile ilgili araştırmalar hala devam etmektedir. DSM-5'e göre Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu tanı kriterleri Şekil 7'de sıralanmıştır.

Şekil 7: DSM-5'e göre Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu tanı kriterleri

- A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uygun beslenme ve/ya da erke (enerji) gereğinin sürekli karşılanmaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yemeğe ya da yiyeceklere karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duyuşsal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma).
1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması).
 2. Belirgin bir beslenme eksikliği.
 3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma.
 4. Ruhsal- toplumsa işlevselliğin düşmesi.
- B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.
- C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca Anoreksiya Nevroza ya da Bulimiya Nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur.
- D. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanamamaktadır.

Kaynak: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından alıntılanmıştır (Koroğlu, 2014a).

1.2.3.7. Pika

Pika, bireylerin gelişim yaşı için uygun olmayan, besin değeri taşımayan ve gıda dışı ürünlerin (buz, kum, kil, toprak, plastik, bez, kireç, kâğıt, saç, kibrit ucu, vb. gibi) kültürel etkilerle açıklanamayacak şekilde sürekli tüketimini ifade etmektedir. Pika hastalığının birçok nedeni olabileceği belirtilmekle birlikte hastalığın çinko, demir gibi mineral eksikliğine bağlı ya da ruhsal hastalıklarla birlikte ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Yum, Caracci ve Hwang, 2009, aktaran Ertekin, Korkut, Sönmez, Ertekin, 2012). DSM-5'e göre Pika tanı kriterleri Şekil 8'de sıralanmıştır.

Şekil 8: DSM-5'e göre Pika tanı kriterleri

- A. En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
- B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
- C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yeti yitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk], otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirme gerektirecek kadar ağırdır.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Pika için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Kaynak: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından alıntılanmıştır (Koroğlu, 2014a).

1.2.3.8. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu)

Geri çıkarma/Geviş getirme (ruminasyon), yutulmuş olan yiyeceklerin sürekli bir biçimde geri çıkarılmasını ifade eder. DSM-IV-TR'de ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar kategorisi altında yer almaktayken DSM-5'te beslenme ve yeme bozuklukları kategorisine alınmış ve tanı kriterleri daha açık hale getirilerek bu bozukluğun da her yaş grubunda konulabilmesi sağlanmıştır (Kaçar ve Hocaoglu, 2019). DSM-5'e göre Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu tanı kriterleri Şekil 9'da sıralanmıştır.

Şekil 9: DSM-5'e göre Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu tanı kriterleri

- A. En az bir ay süreyle, sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.
- B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.
- C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca Anoreksiya Nevroza, Bulimiya Nevroza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yemek alımı bozukluğunun gidişin sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yeti-yitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Kaynak: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından alıntılanmıştır (Köroğlu, 2014a).

1.2.4. Yeme Bozukluklarında Klinik Değerlendirme

Yeme bozukluğu tanısı konulma ihtimali olan kişilerle yürütülen klinik değerlendirmenin birden fazla amacı bulunmaktadır. Klinik değerlendirme sürecinde tanı koymanın büyük bir önemi olmakla birlikte hastalığın şiddetinin belirlenebilmesi ya da risk taraması yapılabilmesi için öncelikli olarak beslenme, egzersiz ve telafi edici davranışların varlığına, ağırlık ve beden algısına, tıbbi ve psikiyatrik öz geçmiş ve soy geçmiş bilgisine ve kişisel hikâyeye yönelik bilgilerin çok boyutlu bir değerlendirme yapılarak alınması ve bu bilgiler doğrultusunda uygun tedavi planının oluşturulması önerilmektedir (Özdemir, 2013).

Yapılan çalışmalar yeme bozukluğu olan bireylerin aynı zamanda birbirine zıt duygular (ikircikli) içinde olma, hastalığın ciddiyetini kabul etme konusunda isteksizlik ve hastalıklarını saklama eğiliminde olduğunu göstermektedir (Geller ve Dunn, 2011; Palmer, 2014, s.94). Bu nedenle hasta ile değerlendirmeyi yapan uzmanın ilk karşılaşması ve değerlendirme esnasında doğru soruların sorulması hastalığın, özellikle ergenlerde, erken teşhis ve tedavisinde büyük önem taşımaktadır.

Yeme bozukluğu olan hastalar genelde kendi istekleri ile kliğine gelmemekte, ailenin talebi ya da başka bir doktorun yönlendirmesi ile değerlendirmeye alınabilmektedirler (Vitousek, Watson ve Wilson, 1998). Bir

başkasının isteği ile gelen ya da yönlendirilen hastalara başlangıçta neden yönlendirildiklerini düşündüklerine yönelik açık uçlu bir sorunun sorulması kişinin mevcut durumu ile ilgili ne düzeyde bilgi sahibi olduğuna veya iç görü düzeyinin değerlendirilmesine yönelik klinisyene bilgi sağlayabilmektedir (Brown, Schebendach ve Walsh, 2015)

Yeme sorunu olan hastalarla yapılan görüşmelerde yukarıda belirtilen nedenlere bağlı olarak doğru bilgileri elde etmenin güç olabileceği düşünüldüğünde, klinisyenlerin klinik görüşme sırasında iş birliğine açık ve yargılayıcı olmayan bir tutum içinde hasta ile görüşmeyi sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır. Yargılayıcı olmayan bir tutum, hasta ile iş birliği kurulmasına katkı sağlayabilir. Ancak çoğu durumda, hasta yeme bozukluğu semptomlarının ciddiyetinin farkında olmayabilir. Bu nedenle hastanın belirtileri ile ilgili yakınları (aile ve arkadaşları) ve bakımıyla ilgilenen diğer klinisyenlerden (aile hekimi, diğer branş uzmanları, vb) bilgi almak tedavi planının oluşturulmasına yardımcı olmaktadır (Palmer, 2014, s.108).

Yeme bozukluklarının klinik değerlendirilmesi psikolojik değerlendirme ile medikal değerlendirme ve tıbbi komplikasyonlar olmak üzere 2 temel kısımdan oluşmakta ve bu bilgiler çoğunlukla yapılandırılmamış, yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşmeler ile öz bildirim ölçekleri gibi farklı değerlendirme araçları kullanılarak elde edilmektedir (Özdemir, 2013). Bu bölümde öncelikle yüz yüze yapılan görüşmeler ve öz-bildirim ölçekleri gibi sıklıkla kullanılan klinik değerlendirme araçlarına kısaca değinilecek ardından klinik değerlendirmenin kapsamı psikolojik ve medikal alanlar üzerinden incelenecektir.

1.2.4.1. Klinik Değerlendirme Araçları

Klinik ortamda yapılan tanı değerlendirmeleri daha çok yüz yüze görüşme yöntemleri kullanılarak yürütülmekle birlikte problemleri alana dair tarama yapmak amacıyla değerlendirme görüşmesi öncesi öz bildirim ölçekleri de kullanılabilmektedir. Bu yöntemlerin kullanılması ile görüşmeye gelen kişilerden sorgulanan hastalığa yönelik detaylı bilgi alınması ve bu kişilerin hastalık tanı kriterlerini ne oranda karşılandığının tespit edilmesi hedeflenmektedir.

Yüz yüze yapılan klinik değerlendirmeler ise yapılandırılmamış, yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış görüşmeler olarak 3'e ayrılmaktadır. Bu bölümde yeme bozuklukları alanında kullanılan yüz yüze görüşme yöntemlerine yönelik kısa bir tanıtıcı bilgi verilecek ve ardından yeme bozuklukları alanında kullanılan öz bildirim ölçekleri özetlenecektir.

1.2.4.1.1. Yüz Yüze Görüşme Yöntemleri

Yapılandırılmamış Görüşmeler: Görüşme sırasında önceden hazırlanmış herhangi bir protokolün olmadığı, daha çok açık uçlu soruların sorulduğu görüşme türüdür. Doğal bir akışı vardır. Görüşmeci, görüşmeyi yaptığı kişinin yanıtlarına bağlı kalarak görüşmeyi yapılandırabilir ve sorularını istediği sırada sorabilir (Türnüklü, 2000).

Yeme bozuklukları alanında yürütülen klinik değerlendirmelerde yapılandırılmamış görüşme tekniklerinin kullanılması ve özellikle görüşme başlangıcında hastalara yönlendirilmemiş içerikli soruların sorulması (Örneğin; Şikayetiniz nedir?, Neden bu görüşmenin yapıldığını düşünüyorsunuz?, Ne tür yiyecekler yemeyi seversiniz?, Eğer yemek istemediğiniz bir yiyeceği yerseniz nasıl hissedersiniz?, Bedenini nasıl buluyorsunuz? vb.) görüşmeye gelen kişinin hastalık ile ilgili farkındalık düzeyine dair görüşmecinin bilgi sahibi olmasına katkı sağlamaktadır (Brown, Schebendach ve Walsh, 2015).

Yapılandırılmamış görüşmeler belirli bir düzeni olmadığı için özellikle araştırmalarda sistematik olarak veri toplanmasını güçleştirebilmektedir.

Yapılandırılmış Görüşme Teknikleri: Görüşmecinin soruların belirlendiği ve değiştirilmediği bir protokol ile değerlendirmeyi yürüttüğü görüşme türüdür. Kapalı uçlu sorular kullanılır ve soruların aynı düzende ve aynı sözcüklerle sorulması gerekmektedir (Örneğin; Kalori sayımı yapar mısınız?, Yemek yedikten sonra kendinizi suçlu hissedersiniz mi?, Günde kaç öğün yemek yersiniz?, Ne sıklıkta egzersiz yaparsınız? Yedikten sonra kendinizi kusturduğunuz hiç oldu mu? vb.).

Yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bilgiler öz bildirim ölçeklerinden elde edilen bilgilere benzemektedir. Genelde ‘evet’ ‘hayır’ ya da ‘doğru’ ‘yanlış’ türü cevapları içeren sorulardan oluşur. Sorulacak soru, bir önce sorulan soruya verilen cevaba göre önceden belirlenmiştir. Böylelikle verilerin sistematik bir şekilde toplanmasına katkı sağlar ve görüşmeciler arasında oluşabilecek farklılık ve yanlılık en aza indirilmiş olur (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s.89).

Türkiye’de yeme bozukluklarının tanı ve değerlendirilmesi yapılırken kullanılan yapılandırılmış psikiyatrik görüşme formu *DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Formu*’dur (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-SCID-I*). DSM-IV’e göre oluşturulmuş I. Eksen’de yer alan psikiyatrik bozukluk tanı değerlendirmesi için First, Spitzer, Gibbon ve Williams (1997) tarafından geliştirilmiştir. Çorapçıoğlu, Aydemir, Yıldız, Esen ve Köroğlu’ndan (1999) oluşan bir kurul tarafından ise Türkçe uyarlaması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu belirlemek için oluşturulmuştur. Uygulama eğitimi almış bir uzman tarafından uygulanmaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşmeler: Bu tür görüşmelerde araştırmacılar sorulması gereken soruları önceden hazırlayarak bir protokol oluştururlar. Ancak her zaman bu protokole tam bağlı kalmadan görüşmenin akışı doğrultusunda ek sorular ekleyebilir ve görüşmeye gelen kişilerin daha fazla bilgi vermesini isteyebilirler. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile görüşmelerin belli bir protokole bağlı olması nedeni ile yapılandırılmamış görüşmelere kıyasla daha sistematik veri toplamak ve karşılaştırma yapmak mümkündür (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s.89).

Türkiye’de DSM-5’e göre yeme bozuklukları değerlendirilmesinde kullanılan ve geçerliliği ve güvenilirliği tamamlanmış yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu; *DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formudur (Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5))*. DSM-5 ölçütlerini kullanarak beslenme ve yeme bozukluğu tanısının incelenmesi için Sysko ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilmiş, Deveci, Sertel Berk ve Yücel (2019)

tarafından Türkçe 'ye uyarlanmış web tabanlı bir ölçüm aracıdır. Yeme bozuklukları alanında bilgi sahibi olan bir uzman tarafından kullanılması önerilmektedir. Bu tez araştırmasında da kullanılan formla ilgili detaylı bilgiler yöntem bölümünde aktarılmıştır.

1.2.4.1.2. Öz-bildirim Ölçekleri

Klinik ortamda yürütülen tanı değerlendirmelerinde daha çok yüz yüze görüşme yöntemleri kullanılmaktayken, öz bildirim envanterleri genelde klinik görüşme öncesi detaylı bilgi toplamak ve zamandan tasarruf etmek adına ya da toplum temelli tarama çalışmalarında kullanılmaktadır.

Yüz yüze görüşmelerin eğitilmiş bir görüşmeci gerektirmesi ve fazla zaman alması gibi bazı dezavantajları bulunmaktadır. Özellikle büyük ölçekli araştırmalarda, zaman sınırlaması olduğunda ve anonimlik korunmak istendiğinde kullanılamamaktadır. Öz bildirim ölçekleri ise nispeten ekonomik, kısa ve objektif olarak puanlanabilme özelliklerine sahiptir. Ayrıca anonim olarak kolayca kullanılabilir (Forbush ve Berg, 2015).

Öz bildirim ölçekleri yeme davranışlarının tanımlanması için kullanılan önemli araçlardır. Ancak tanı çalışmalarında elde edilen verilerin klinik bir değerlendirme/yüz yüze görüşme ile desteklenmesi önerilir (Garner, 2002, s.145). Bununla birlikte Keel, Crow, Davis ve Mitchell (2002) yapmış oldukları araştırmada yeme bozukluğu riski taşıyan kişilerin klinik görüşmelerde kendilerini gizleme eğilimleri nedeniyle doğru cevap verme oranlarının düşebileceğini ve gizliliğin korunduğu öz-bildirim ölçekleri vasıtasıyla bu kişilerin düzensiz yemenin farklı yönlerini daha rahat ortaya koyabileceğini belirtmektedirler.

Türkiye’de yeme davranışlarının değerlendirilmesi için sıklıkla kullanılan öz-bildirim ölçekleri Türkiye Ölçme Araçları Dizininde (TOAD) ‘yeme’, ‘yeme bozuklukları’ ve ‘yeme davranışları’ anahtar kelimesi kullanılarak sorgulanmıştır. Alanda kullanılan ve geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları tamamlanmış öz bildirim ölçekleri şunlardır:

1. **Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorders Examination Questionnaire):** Orijinali Fairburn ve Cooper (1993) tarafından geliştirilmiş ölçek yeme davranışlarını kısıtlama, tıknırcasına yeme, yemeyle ilgili endişeler, kiloyla ilgili endişeler ve beden şekli ile ilgili endişeler olmak üzere beş farklı alt boyutta incelemektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşgör, Yavuz ve Sertel-Berk (2011) tarafından yapılmıştır. Bu tez araştırmasında da kullanılan ölçekle ilgili detaylı bilgiler yöntem bölümünde aktarılmıştır.
2. **Yeme Tutum Testi - 40:** Orijinali Garner ve Garfinkel (1979) tarafından başta anoreksiya nervroza belirtileri olmak üzere yeme bozukluğunu işaret eden durumları değerlendirmek için oluşturulmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır.
3. **Yeme Tutum Testi Kısa Form-26 (Eating Attitude Test (EAT 26)):** Orijinali, Yeme Tutum Testi-40'ın kısaltılarak revize edilmesiyle Garner ve Bemis (1982) tarafından oluşturulmuştur. Katılımcılara yeme alışkanlıklarını ölçen 26 adet soru sorulmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk (2019) yapmıştır.
4. **REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği (SCOFF Eating Disorders Scale):** Orijinali Morgan, Reid ve Lacey (1999) tarafından 5 soru ile yeme bozukluklarını tespit etmek için geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir, Köksal, Yalın-Sapmaz ve Yüceyar (2015) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçek: 1. Rahatsız edici şekilde tok hissettiğiniz için kendinizi kusturuyor musunuz?, 2. Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolü kaybettiğiniz için endişeleniyor musunuz?, 3. Son zamanlarda üç ayda altı kilogramdan fazla zayıfladınız mı?, 4. Başkaları çok zayıf olduğunuzu söylediği halde şişman olduğunuza inanıyor muydunuz? ve 5. Yemeğin hayatınıza hükmettiğini düşünüyor musunuz? maddelerinden oluşmaktadır.

5. **Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire) ve Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire):** Yeme bozukluğu (AN ve BN) olan grupta değişime /iyileşmeye yönelik motivasyonun değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeğinin orijinali Rieger, Touyz ve Beumont, 2002, Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeğinin orijinali Martinez ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeklerin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ise Okumuş Ergüney, Sertel Berk, Yücel ve Rieger (2018) tarafından yapılmıştır.
6. **Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (Three factor eating questionnaire - TFEQ-R21):** Orijinali Tholin, Rasmussen, Tynelius ve Karlsson (2005) tarafından oluşturulan ölçek yeme davranışını bilişsel kısıtlama, kontrolsüz yeme ve duygusal yeme olmak üzere üç boyutta değerlendirmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Karakuş, Yıldırım ve Büyüköztürk (2016) tarafından yapılmıştır.
7. **Hollanda Yeme Alışkanlıkları Ölçeği (Dutch Eating Behavior Questionnaire):** Orijinali 1986 yılında Van Strien, Frijters, Bergers ve Defares tarafından geliştirilmiştir. Duygusal yeme davranışları, dışsal yeme davranışları, kısıtlayıcı yeme davranışları olmak üzere üç alt boyutu vardır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yüksek lisans tezi kapsamında Bozan (2009) tarafından yapılmıştır.
8. **Gece Yeme Anketi (The Night Eating Questionnaire):** Orijinali Allison ve ark. (2008) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Gece yeme davranışları sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemeleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemeleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili sorular yolu ile ölçülmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Atasoy ve arkadaşları tarafından (2014) yapılmıştır.

9. **Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (Yale Food Addiction Scale):** Ölçeğin orijinali Gearhardt, Corbin ve Brownell tarafından (2009) belirli yiyecek türlerine (örneğin, yüksek yağ ve yüksek şeker) bağımlılık belirtileri sergileyenleri belirlemek üzere geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması klinik ve klinik olmayan grupta Bayraktar, Erkman ve Kurtuluş (2012), bariatrik cerrahi hastalarında da ise Sevinçer, Konuk, Bozkurt, Saraçlı ve Coşkun (2015) tarafından yapılmıştır.
10. **Yeme Farkındalığı Ölçeği (Mindful Eating Questionnaire):** Orijinali Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliadt ve Benitez (2009) tarafından yeme farkındalığının belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Köse, Tayfur, Birincioğlu ve Dönmez (2016) tarafından yapılmıştır. Türkçe'ye adaptasyonu tamamlanan ölçeğin Disinhibisyon, Duygusal Yeme, Yeme Kontrolü, Odaklanma, Yeme Disiplini, Farkındalık ve Enterferans olmak üzere yedi faktörlü bir yapısı bulunmaktadır.
11. **Sezgisel Yeme Ölçeği (Intuitive Eating Scale-2):** Orijinali Tylka ve Kroon Van Diest (2013) tarafından bireylerdeki sezgisel yeme düzeyinin belirlenebilmesi için oluşturulmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması hem Bas ve arkadaşları (2017) hem de yüksek lisans tez araştırması kapsamında Bakıner (2017) tarafından ayrı ayrı yapılan ölçek, bedenin kendiliğinden doğal süreç içinde vermiş olduğu fiziksel açlık, tokluk ve doygunluk sinyallerine dikkat ederek ve bu sinyallere uyum sağlayarak yemek yeme olarak tanımlanan sezgisel yemeyi, duygusal nedenlerden ziyade fiziksel nedenlerle yemek; yemeye koşulsuz izin; açlık ve doygunluk ipuçlarına güvenme; beden-gıda seçimi uyumu olmak üzere dört alt boyut ile ölçmektedir.
12. **Hedonistik Yeme Ölçeği:** Obezite sorunu olan bireylerde hedonistik yeme alışkanlık düzeylerinin tespit edilebilmesi için Atik, Neşe ve Özcan-Yüce (2019) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir.
13. **Duygusal İştah Anketi (The Emotional Appetite Questionnaire):** Nolan, Halperin ve Geliebter tarafından duygusal yemeyi

değerlendirmek amacıyla 2010 yılında geliştirilmiştir. Duygusal yemenin varlığı olumlu/olumsuz duygular ve durumlarla toplam 22 madde üzerinden değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Demirel, Yavuz, Karadere, Şafak ve Türkçapar (2014) tarafından yapılmıştır.

14. **Duygusal Yeme Ölçeği (The Emotional Eater Scale):** Orijinali Garaulet, Canteras, Morales, López-Guimera, Sánchez-Carracedo ve Corbalán-Tutau (2012) tarafından obezite ve kilo problemleri olan kişilerin duygusal yeme davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin yeme isteğini engelleyememe, yiyecek türleri, suçluluk hissi olmak üzere üç alt boyutu vardır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akın, Yıldız ve Özçelik (2016) tarafından yapılmıştır.
15. **Duygusal Yeme Ölçeği (Emotional Eating Scale (EES):** Doğan, Göçet-Tekin ve Katrancıoğlu (2011) tarafından bireylerin duygusal yeme seviyelerini belirlemek için geliştirilen ölçeğin tek faktörlü bir yapısı vardır.
16. **Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği:** Türk kültürüne özgü bir duygusal yeme ölçeği oluşturmak üzere Bilgen (2018) tarafından geliştirilmiştir. Gerginlik Durumlarında Yeme, Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek için Yeme, Kendini Kontrol Edebilme ve Uyarıcı Karşısında Kontrol olmak üzere dört alt boyuttan oluşan bir ölçektir.
17. **Lezzetli Yeme Motivasyonları Ölçeği (Palatable Eating Motives Scale):** Yeme bozuklukları ve obezitenin oluşma riskinin belirlenmesi için orijinali Boggiano (2016) tarafından geliştirilmiştir. Sosyal, Baş etme, Ödül ve Rahatlık olmak üzere dört faktörlü bir yapıya sahip olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını And, Sylvester, Turan, Uysal Irak, Ray ve Boggiano (2017) yapmıştır.
18. **Aşırı Besin İsteği Ölçeği (Food Craving Questionnaire):** Orijinali Meule, Hermann ve Kübler (2014) tarafından aşırı besin isteğinin tanımlanması için geliştirilmiştir. Aşırı besin isteği, besin tüketme niyeti ve planı olma, yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek

beklentisi, yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi, yeme üzerine kontrolün olmaması, yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti, fizyolojik olarak aşırı istek duyma, aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular, aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar ve yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk olmak üzere 9 boyutta değerlendirmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Müftüoğlu, Kızıltan ve Akçıl (2017) tarafından yapılmıştır.

19. **Aile Yeme Tutum ve Davranış Ölçeği (Traditional Family Values Questionnaire):** Bireylerin yeme tutumlarını anlamak için ailelerin yeme örüntülerinin incelendiği ölçeğin orijinali, Neumark-Sztainer, Wall, Story ve Fulkerson (2004) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe adaptasyon çalışması ise Mançe (2006) tarafından yüksek lisans tezi kapsamında yapılmıştır.
20. **Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği (Parent Meal Time Action Scale):** Hendy, Williams, Camise, Eckman ve Hedemann (2009) tarafından ebeveynlerin çocuklarını beslerken yemek zamanında ortaya koydukları davranışları ölçmek için oluşturulmuştur. Atıştırma miktarları, olumlu ikna, günlük meyve ve sebze seçenekleri, ödül kullanımı, yeme konusunda ısrar, atıştırma modeli, özel yemekler, hayvansal yağların azaltılması ve birden fazla yemek seçeneği olmak üzere dokuz alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Araslan (2012) tarafından yüksek lisans tezi kapsamında yapılmıştır.
21. **Yeme Davranışı Değerlendirme Ölçeği (The Children's Eating Behavior Inventory):** Orijinali Archer, Rosenbaum ve Streiner (1991) tarafından çocukluk dönemi yeme ve yemek zamanına yönelik problemleri tespit etmek amacıyla aileler tarafından doldurulmak için oluşturulmuştur. Ölçek, çocuğa ilişkin maddeler ile aileler ve aile sistemine ilişkin soruların olduğu iki bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Ünlü (2011) tarafından yüksek lisans tezi kapsamında yapılmıştır.

22. **Diabete Özgü Yeme Bozukluğu Ölçeği (The Diabetes Eating Problem Survey-Revised):** Orijinali Markowitz, Butler, Volkening, Antisdel, Anderson ve Laffel (2010) tarafından geliştirilen ölçek tip-1 diyabeti olan çocuk ve ergenlerin bozulmuş yeme davranışlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Atik-Altınok, Özgür, Meseri, Özen, Darcan ve Gökşen (2017) tarafından yapılmıştır.
23. **Adolesanların Yeme Davranışlarını Saptama Ölçeği / Yeme Davranışı Ölçeği:** Ergenlik dönemindeki bireylerin yeme davranışları ve beslenme ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenebilmesi amacıyla Özdoğan (2013) tarafından yüksek lisans tezi kapsamında geliştirilmiştir. Ölçek, sağlıklı ve sağlıklı olmayan yeme boyutu olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır.
24. **Ergenler için Aile Yemekleri Ölçeği:** Ergen bireylerin aile yemeklerine yönelik tutum ve davranışlarını tespit etmek için Kermen (2019) tarafından yüksek lisans tezi kapsamında geliştirilmiştir. Önem, iletişim, yemek çeşitleri ve engeller olmak üzere dört alt boyutu vardır.
25. **Çocuk ve Ergenler için Duygusal Yeme Ölçeği (Emotional Eating Scale Adapted For Use in Children and Adolescents):** Orijinali Tanofsky-Kraff, Theim, Yanovski, Burns, Ranzenhofer ve Yanovski (2007) tarafından geliştirilen ölçek 8-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin duygusal yeme durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Bektaş, Bektaş, Selekoğlu, Kudubeş-Akdeniz, Altan-Sal ve Ayar (2016) yapmıştır.
26. **Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (Children's Eating Behavior Questionnaire):** Orijinali Wardle, Guthrie, Sanderson ve Rapoport (2001) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye Yılmaz, Esmeray ve Erkorkmaz (2011) tarafından adapte edilmiştir. Gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi,

yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği olmak üzere 8 farklı alanda çocukların iştahının belirlenmesi için kullanılır.

1.2.4.2. Klinik Değerlendirme Kapsamı

Yeme bozukluklarının klinik tanı görüşmelerinde ilk adım olarak başvuru nedeninin anlaşılması üzerine sorular sorulmaktadır. Başvuru nedeninin anlaşılması, hastalık öyküsünün alınması, hastalık davranışlarının ve semptom şiddetinin belirlenmesi gibi pek çok alan ile ilişkili olan bu sorular psikolojik değerlendirme yolu ile alınmakta ve detaylandırılmaktadır. Ancak yeme bozukluklarının tüm psikiyatrik hastalıklar içinde bedeni en çok etkileyen hastalık olması nedeni ile medikal değerlendirmenin de detaylı bir şekilde yapılması ve tıbbi komplikasyonların neler olduğunun araştırılması hastanın sağlığına kavuşabilmesi için büyük önem taşımaktadır (Yücel, 2013b). Bu bölümde klinik tanı değerlendirmesi içinde yapılan psikolojik değerlendirme detaylandırılacak ardından medikal değerlendirme ve tıbbi komplikasyonlar ele alınacaktır.

1.2.4.2.1. Psikolojik Değerlendirme

Bu kısımda uzman, yeme problemlerinin gelişimi öyküsü, kalori ve besin kısıtlaması, tıknırcasına yeme ve/veya çıkarma davranışı, beden şekli ve kilo ile ilgili endişeler, yeme sorunlarına eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar, aile öyküsü ve sosyal ve mesleki işlevsellik ile bilişsel işlev düzeyi gibi alanlarda bilgi toplar.

Yeme problemlerinin gelişimi bölümünde hastalık belirtilerinin (kilo ve yeme davranışında yaşanan değişimlerin) geçmiş öyküsü alınır. Yeme bozukluğu belirtilerinin başladığı döneme denk gelebilecek ve hastalık belirtilerini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilecek herhangi yaşamsal bir olayın olup olmadığı incelenir. Ayrıca tanının netleşmesi için hastadan son 3 aydır uyguladığı tipik beslenme şekli (yemek ve atıştırmalıkların sıklığının ve içeriği) ile ilgili bilgi vermesi istenir (Brown, Schebendach ve Walsh, 2015).

Yeme bozukluğu olan bireyler kalori ve besin kısıtlaması yoluna giderler. Bazı hastalar sürekli olarak yedikleri besinleri kısaltırken, bazıları ise normal miktarda yiyecek tüketir veya ciddi oranda besin kısıtladıkları dönemler içinde tıknırcasına yeme atağı yaşarlar. Hastaların ne tür yeme biçimine sahip olduğu, yemek zamanları ve yemek ya da atıştırmalık tüketmek için harcadıkları süre sorulmalı, kalori sayımı yapıp yapmadıkları, hangi yiyecek türlerinden (yağ içeren, şekerli ve/veya karbonhidrat içerikli gıdalar) kaçındıkları, besin değeri taşımayan yiyecekleri tüketip tüketmedikleri (örn. pamuk, toprak, vb.) ve özel diyet uygulaması olup olmadığı tespit edilmelidir. Bununla birlikte, yiyecek alımını önceden planlamak, yiyecekleri tartmak, tek başınayken yemek, başkalarının hazırladığı yemekleri yememek, küçük parçalara ayırarak ya da didikleyerek yemek, yiyecekleri yağdan arındırmak için ek işlemler yapmak, yiyecekleri çiğneyip yutmadan tükürmek gibi davranışları ve yemek yemek için kullandıkları kap ölçüleri de sorulmalıdır (Brown, Schebendach ve Walsh, 2015).

Yeme bozukluğu olan hastaların hepsinde tıknırcasına yeme ataklarının olup olmadığı sorgulanması gereken bir diğer önemli alandır. Tıknıma ataklarının oluşumu, süresi ve sıklığı incelenmez. Tıknırcasına yeme, nesnel aşırı yeme ve öznel aşırı yeme olarak iki alanda ele alınmalıdır. Nesnel aşırı yeme herkese göre aşırı miktarda yemeyi işaret ederken, öznel aşırı yeme kişinin normal ya da az miktarda yemesine rağmen fazla yediğini düşünmesidir. Nesnel ya da öznel aşırı yiyen kişilerin ortak noktası yeme miktarı ve türü üzerinde kişilerin kontrolü kaybetme hissi yaşamasıdır. Ek olarak, tıknırcasına yeme özellikleri araştırılırken uzmanların bu atakların planlı veya dürtüsel olup olmadığını tespit etmesi ve stres, kaygı, depresyon gibi olumsuz duygular ya da belirli ortamlar (restoran, pastane, süpermarket, sosyal ortamlar) gibi tetikleyicileri sorgulaması gerekmektedir (Brown, Schebendach ve Walsh, 2015).

Tıknıma davranışlarının dışında çıkarma davranışları da sorgulanmalıdır. Kendini kusturma ve laksatif (müshil ilacı) ya da diüretik (idrar söktürücü) kullanımı olup olmadığı, varsa sıklığı, miktarı ve çıkarma davranışları ile ilgili inançları (örn.

çıkarma davranışı ile tüm kalorilerden kurtulma) tespit edilmelidir (Brown, Schebendach ve Walsh, 2015).

Tüm bu bilgilerin yanı sıra değerlendirmeyi yapan uzmanın ağırlık ve beden algısı ile ilgili de inceleme yapması gerekmektedir. Uzman hastanın ideal kilosu, mevcut kilosu (en yüksek, en düşük, kabul edilebilir ve kabul edilemez kilo) ve kendi kilosunu algılama biçimi ile kilo önemini sorgulamalıdır.

Yapılan araştırmalar yeme bozukluğuna eşlik eden bazı psikiyatrik hastalıklar (Depresyon Bozuklukları, İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar, Kaygı Bozuklukları ve Takıntı Zorlantı Bozukluğu, Madde Kullanım Bozuklukları, Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar, vb.) olduğunu göstermektedir (Pırıldar, 2013). Bu hastalıklarla ilgili detaylı bilgi ‘Yeme Davranışa Etki Eden Psikososyal Faktörler’ bölümü içinde ‘Psikopatoloji’ başlığı altında verilmiştir.

Yeme bozukluklarına sıklıkla eşlik eden psikiyatrik bozuklukların olması nedeni ile klinik değerlendirme sırasında bu alanda da tarama yapılması önerilmektedir. Hastanın şu anda ve geçmişte alkol ve uyuşturucu madde kullanımı olup olmadığına yönelik sorular sorulmalıdır. Bununla birlikte duygudurumda yaşanan değişimlerin altında beslenme yetersizliği olup olmadığı, örneğin depresif semptomların yeme bozukluğu belirtilerinden önce başlayıp başlamadığı incelenmelidir. Ayrıca kişilik bozuklukları ile ilgili de tarama yapılması önerilmektedir. Araştırmalar yeme bozuklukları ile ilişkili kişilik özelliklerinin daha çok nevrotizm, mükemmeliyetçilik ve dürtüsellik olduğunu göstermektedir (Cassin ve von Ranson, 2005; Farstad, McGeown ve von Ranson, 2016).

Yeme bozukluklarının klinik değerlendirmesi yapılırken incelenmesi gereken diğer önemli alanlar ise ailesinde geçmiş yeme bozukluğu öyküsü olup olmadığı, aile tutumları, mesleki verimliliği, sosyal ilişkileri ve bilişsel işlev düzeyidir (Palmer, 2014, s.112). Hastanın ailesi ile ilişkisi, ailenin yeme, beden şekli, kilo ve hastanın yeme biçimine ilişkin tutumları sorgulanmalıdır. Bununla birlikte yeme sorununun kişilerarası ilişkiler, iş veya akademik performans üzerindeki etkisi incelenmelidir. Ek olarak uzmanların ciddi beslenme yetersizliği nedeni ile mantıksız

düşünce kalıpları, odaklanma ve konsantrasyon sorunları olup olmadığını incelemesi gerekmektedir. Bu rahatsızlıkların hastanın karmaşık soruları anlamasını zorlaştırabileceği ve durumun ciddiyetinin farkında olmasını engelleyebileceği unutulmamalıdır (Brown, Schebendach ve Walsh, 2015).

1.2.4.2.2. Medikal Değerlendirme ve Tıbbi Komplikasyonlar

Yeme bozukluğu olan bireylerin klinik değerlendirilmesinin bir diğer önemli bileşeni; bireylerin mevcut fiziksel sağlık durumlarına yönelik nesnel ölçümler (laboratuvar testlerinin yapılması, boy ve kilo ölçümü, nabız ve kan basıncı değerlerinin alınması, genel bir fiziksel muayene yapılması) yoluyla bilgi toplamaktır. Bununla birlikte değerlendirme esnasında hastanın tıbbi bir soruna bağlı olarak daha önce acil servise başvurusunun olması ve kemikleri ve eklemleri ile ilgili sorun yaşıyor olmasına yönelik verdiği cevaplar ile incelenmiş saç telleri, kırılğan tırnaklar, kuru bir cilt ve diş problemleri gibi dışarıdan gözlenebilir değişimler de medikal değerlendirmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır (Brown, Schebendach ve Walsh, 2015).

Besin alımının ciddi oranda kısıtlanması, tıkanma ataklarının ve/veya çıkarma davranışlarının sık olması sağlığı bozmakta ve kardiyovasküler komplikasyonlar, EKG bozuklukları, metabolik bozukluklar, yeniden besleme (refeeding) sendromu, sindirim sistemi sorunları, kabızlık, karaciğer sorunları, ağız ve diş bulguları, endokrin değişiklikler, osteoporoz, dermatolojik değişiklikler, nörolojik sorunlar ve eşlik eden diabetes mellitus gibi bazı tıbbi komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (Yücel, 2013a).

Şekil 10'da AN ve BN'de sıklıkla görülen tıbbi komplikasyonlar sıralanmıştır. Bununla birlikte TYB'ye ise kilo artışı ve obeziteye bağlı olarak gelişen hipertansiyon, kardiyovasküler ve gastrointestinal problemler ve diyabet gibi hastalıklar daha fazla eşlik etmektedir (Keel, 2017b).

Şekil 10: AN ve BN ile ilişkili bazı fiziksel ve laboratuvar bulgular

	Anoreksiya Nervosa*	Bulimiya Nervosa
Deri/Ekstremite	Lanugo (Gövdede ve yüzde ince tüylerin çıkması) Kırmızı/mavi parmaklar Ödem	El sırtında nasırlaşma
Kardiyovasküler	Düşük nabız hızı Düşük kan basıncı Tükürük bezi büyümesi	
Gastrointestinal	Mide boşalmasında yavaşlama Kabızlık Karaciğer enzim anormallikleri	Tükürük bezi büyümesi Dişlerde erozyon
Hematolojik	Anemi Düşük beyaz kan hücresi sayısı Böbrek fonksiyonunda azalma	
Sıvı/Elektrolit	Kan potasyum seviyesinde düşüklük Kan sodyum seviyesinde düşüklük Kan fosfat seviyesinde düşüklük	Kan potasyum seviyesinde düşüklük Kan sodyum seviyesinde düşüklük Kan pH'ında azalma
Endokrin	Düşük kan şekeri Düşük östrojen ve testosteron seviyeleri Düşük-normal tiroid hormon seviyeleri	
Kemik	Kortizol artışı Kemik yoğunluğunda azalma	

Kaynak: AN'nin tıknırcasına yeme/çıkarma tipi hastaları BN'nin fiziksel ve laboratuvar bulguları açısından da risk altındadır (Brown, Schebendach ve Walsh'un (2015) oluşturduğu tablodan aktarılmıştır.).

1.2.5. Yeme Bozukluklarında Tedavi

Bir önceki bölümde detaylı olarak ele alındığı üzere yeme bozuklukları çok boyutlu bir hastalıktır ve özellikle AN başta olmak üzere tüm yeme bozukluklarında ciddi tıbbi komplikasyonlar görülebilir. Bu nedenle, farklı alanlarda tıbbi değerlendirmeye ihtiyaç duyulmakta ve değerlendirme sonrasında tanı konulan hastaların hemen tedavi altına alınması gerekmektedir. Ancak bu bireylerde bozukluğun kişi tarafından fark edilememesi ya da uzman tarafından

tanımlanamaması, maddi zorluklar, tedaviye erişim eksikliği, sosyal destek azlığı veya bu faktörlerden birden fazlasının aynı anda bulunması nedeniyle ihtiyaç olunan tedavi alınamayabilir. Bu da ölümle sonuçlanabilen büyük sağlık sorunlarının yaşanmasına neden olabilir (Keel, 2017c, s.147-169).

Yeme bozukluklarında tedavi hastane yatışı yapılarak/yataklı servis tedavisi (inpatient treatment) hastane dışı ev tipi merkezlerde tedavi (residential treatment), kısmi hastane yatışlı tedavi (partial hospitalization) ve ayaktan tedavi (outpatient treatment) olmak üzere dörde ayrılmakla birlikte tedavi türü ne olursa olsun kapsamlı bir tedavi programını gerektirmektedir (Anzai, Lindsey-Dudley ve Bidwell, 2002). Kaplan (2002), yeme bozuklukları için ideal kapsamlı tedavi programlarının yeme bozuklukları alanında uzmanlaşmış psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşireleri, beslenme uzmanı ve iç hastalıkları uzmanının yer aldığı multidisipliner bir ekiple yürütülmesi gerektiğini; programların kanıta dayalı veri sunan güncel tedavi kılavuzlarını takip etmesi gerektiğini ve uygun maliyetli bakım sağlaması gerektiğini belirtmektedir. Bununla birlikte tedavi süreci içinde sistematik ve kapsamlı ilk değerlendirmenin ardından hastalara ve ailelere yeme bozukluklarının psikobiyolojisi ile ilgili bir psikoeğitim verilmesinin, psikoterapi sürecinin ve beslenme danışmanlığının hemen başlamasının (yeterli ve uygun miktarda kilo alımının sağlanması, beslenme eksikliklerinin düzeltilmesi ve sağlıklı egzersizin teşvik edilmesi), hastane yatışı söz konusu ise yoğun bir takip sisteminin oluşturulmasının (öğün denetimi, sürekli tıbbi takip, farmakoterapi ve psikoterapinin başlaması), nüksün önlenmesi için iyileşme sonrası takip ve özel ihtiyacı olan hastalara (örneğin, tip 1 diyabeti ve/veya kronik başka bir hastalığı olan bireyler) yönelik izlemin devam etmesinin önemini vurgulamıştır.

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan *Yeme Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi için Uygulama Kılavuzu* (Yager ve ark., 2006) ise AN, BN ve TYB tedavisinin amaçları olarak şunları sıralamıştır:

- 1) AN ve TYB’de hastanın sağlıklı bir kiloya dönmesini sağlamak (kadın hastalarda menstrüasyon döngüsünün tekrar sağlanması, normal

yumurtlama; erkek hastalarda normal cinsel dürtü ve hormon seviyeleri; çocuklarda ve ergenlerde normal fiziksel ve cinsel gelişim)

- 2) BN’de tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışının azaltılması ve ortadan kaldırılması
- 3) Fiziksel komplikasyonların tedavi edilmesi
- 4) Sağlıklı beslenme ve yeme alışkanlıkları ile ilgili eğitim verilmesi
- 5) Sağlıklı yeme alışkanlıklarının tekrar oluşturulması ve tedaviye katılma motivasyonunun artırılması
- 6) Yeme bozukluğu ile ilgili çekirdek işlevsiz biliş, tutum, güdü, çatışma ve duyguların yeniden değerlendirilmesi ve değiştirilmesi için psikoterapi desteğinin sağlanması
- 7) Duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol sorunları, benlik saygısı ve davranıştaki bozulmalar dahil olmak üzere ilişkili psikiyatrik hastalıkların tedavi edilmesi
- 8) Ailenin desteğinin alınması ve gerektiğinde aile danışmanlığı ve aile terapisi desteğinin sağlanması
- 9) Nüksün önlenmesi.

Bu bölümde yukarıda sözü edilen tedavi amaçları doğrultusunda önce yeme bozukluklarında (AN, BN ve TYB) kullanılan tedavi yöntemlerine değinilecek ardından YB tedavisinin kapsamı tıbbi tedaviler, beslenme tedavisi ve psikolojik tedaviler/psikoterapiler başlığı altında ele alınacaktır.

1.2.5.1. Tedavi Yöntemleri

1.2.5.1.1. Yataklı Servis Tedavisi (Inpatient Treatment)

Başta AN olmak üzere ciddi yeme kısıtlaması ve çıkarma davranışlarının oluşturduğu tıbbi sorunlar bazı yeme bozukluğu hastalarında yoğun ve pahalı bir yöntem olan hastane yatışını ve yataklı servis tedavisini gerekli kılmaktadır (Yücel, 2013a, s.149). Çünkü hastane yatışı, ayaktan tedavi edilemeyecek kadar tıbbi stabilizasyonu bozulmuş (akut risk gösteren laboratuvar bulguları ve

komplasyonların varlığı) ve düzensiz beslenme alışkanlıkları olan kişilerin kontrollü bir ortamda tedavi edilmesini sağlamak ve bu kişilerin kendilerine zarar vermelerini (intihar riski ve hızla kötüleşen fiziksel ve psikiyatrik semptomları) önleyecek güvenli bir ortam oluşturmaktadır (Keel, 2017c, s.150).

Yataklı servis tedavisinin temel özelliği olan bu kontrollü ortamda hastanın nabız, kan basıncı, vücut sıcaklığı, kan değerleri ve elektrolit seviyelerinin tıbbi olarak izlenmesi ile birlikte kilo alıp almadığının belirlenebilmesi için günlük kilo kontrolleri yapılmaktadır. Ayrıca hastaların yedikleri yemekler izlenmekte ve yedikten sonra herhangi bir çıkarma davranışı ortaya çıkmaması için banyo ve yatak istirahatine hemşire eşliğinde gitmesi sağlanmaktadır (Keel, 2017c, s.150).

Yataklı servis tedavisinde hastalar tam bir iyileşme gösterip göstermediğine bakılmaksızın tıbbi stabilizeye ulaştıklarında genelde taburcu edilmektedirler. Hastane yatışı hastaların ayaktan, ev ortamında ağır bir tıbbi risk olmadan tedavisine devam edebilmesi için ortam hazırlamaktadır (Yücel, 2013a, s.154).

1.2.5.1.2. Hastane Dışı/Ev Tipi Merkezlerde Yatılı Tedavi (Residential Treatment)

Türkiye’de bulunmayan yeme bozukluklarına özel hastane dışı/ev tipi merkezlerde hastalar yatılı olarak tam zamanlı ve ortalama 83 gün süren bir tedavi sürecine alınmaktadırlar. Pahalı bir tedavi yöntemi olarak bilinen ev tipi merkezlerde yatılı tedavi YB alanında uzmanlaşmış eğitilmiş personel tarafından 24 saatlik bir program olarak aşırı tıbbi zorluğu olmayan ancak yeme davranışları anormal olan yeme bozukluğu hastalarının denetlenmesi ve desteklenmesi için oluşturulmuştur (Frisch, Franko ve Herzog, 2006). Bu merkezlerde kurumsal olmayan, güvenli ve tedavi edici bir ortam her hastanın ihtiyacı doğrultusunda hazırlanmaktadır (Keel, 2017c, s.152).

Bu tür merkezlerde tedavisi devam eden hastalar bireysel ve aile terapilerinin dışında olumsuz düşünce, duygu ve davranışlarını yönetmek için çeşitli sanat ve grup terapilerine katılırlar. Ruh sağlığı alanında uzman kişiler tarafından

yürütülen bu terapilerde gevşeme eğitimi, sosyal ilişkiler, aile hayatı, değişimle baş etme, kendini ve bedeni kabul etme gibi konularda çalışmalar yapılmaktadır. Ayrıca ergen hastalar için akademik eğitim desteği de sağlanmaktadır (Friedman ve ark., 2016).

1.2.5.1.3. Kısmi Hastane Tedavisi / Gündüz Hastanesi (Partial Hospitalization)

Türkiye’de uygulanmayan yeme bozukluklarına özel, kısmi hastane tedavisi/gündüz hastanesi, 24 saatlik bakımı gerektirmeyen ancak ayaktan tedavi için de uygun olmayan hastalar için tercih edilir. Bu tedavi yönteminde hastalar gün içinde (ortalama 8 saat) hastanede kalarak tedavi programına katılıp ancak gece ve hafta sonları evine dönebilmektedir (Anzai, Lindsey-Dudley ve Bidwell, 2002).

Hastaların tedaviden faydalanabilmesi için programın büyük kısmını oluşturan bireysel, aile ve sanat terapileri ile grup toplantılarına katılması gerekir. Ruh sağlığı uzmanları tarafından yürütülen terapiler yukarıda da vurgulandığı üzere değişime uyum sağlama, gevşeme egzersizleri, duyguları ifade etme, sosyal ilişkiler, romantik ilişkiler gibi konulara odaklanmaktadır. Bununla birlikte hastalar yemek planlama ve pişirme, market alışverişi yapma gibi etkinliklere dahil edilmektedir (Judd, 2011, s.361).

1.2.5.1.4. Ayaktan Tedavi

Hastane ve hastane dışı merkezlerde uygulanan tedaviye göre daha ucuz bir yöntem olan ayaktan tedavi komorbid gelişen hastalıkların, beslenme durumunun ve psikotrop ilaçların belli aralıklarla uzmanlar tarafından takip edilmesini ve yoğun bireysel ve/veya grup psikoterapisini kapsamaktadır. Artık günlük tıbbi izlemin gerekli olmadığı ve psikiyatrik semptomlar açısından stabilizasyonun sağlandığı durumlarda geçilen bir tedavi yöntemidir. Ayaktan tedavide hastalar aileleri ile kalabilir ve okula veya işe gitmeye devam edebilirler. Diğer tedavi yöntemlerinde olduğu gibi ayaktan tedavinin de en önemli bileşeni psikoterapidir. Psikoterapi

yoluyla bireyler beslenme, sosyal, eğitimsel veya mesleki durumlarını iyileştirmeye devam ederler (Keel, 2017c, s.152).

1.2.5.2. Tedavinin Kapsamı

1.2.5.2.1. Tıbbi Tedaviler

AN, beslenme yetersizliğine bağlı olarak yaşamı tehdit eden fizyolojik değişimlere neden olmaktadır. Bedenin neredeyse her sistemi (kardiyak, endokrin, iskelet, hematopoetik, gastrointestinal ve dermatolojik) bu durumdan etkilenmekte ve azalmış solunum oranları, düşük vücut sıcaklığı, düzensiz kalp atış hızı, düşük tansiyon, anormal elektrolit seviyeleri ve düşük kemik yoğunluğu (osteoporoz) gibi komplikasyonlar için hastane yatışı gerekmektedir. AN'nin tıbbi tedavisinde yeniden beslenme başlandığında besin yetersizliğine bağlı oluşan hasarların laboratuvar testleri ile takip edilmesi önerilmektedir (Ambrose ve Deisler, 2015, s.54; Yager ver ark., 2006).

BN hastaları da tıkmama-çıkartma davranışlarına bağlı olarak anemi, şiddetli elektrolit dengesizliği, özofagus hasarı, diş ile ilgili bozulmalar gibi tıbbi komplikasyonlar yaşayabilmekte ve bu sorunların tedavisi için bazen hastane yatışı gerekli olabilmektedir (Mehler ve Rylander, 2015). Bununla birlikte, TYB hastalarında ise daha çok kilo problemleri nedeniyle metabolik sendrom, hipertansiyon ve tip 2 diyabet gibi obezite ile ilişkili tıbbi komplikasyonlar oluşmakta ve hastalar genellikle hastaneye bu alanlarda yaşanan bozulmaların tedavisi için başvuru yapabilmektedir (Mitchell, 2016).

Yeme bozukluğu hastalarının tıbbi tedavilerinde öncelik hayati risk taşıyan bedensel semptomların azaltılmasına yöneliktir. Bunun için başta AN'de olmak üzere hormon tedavileri ile birlikte eşlik eden psikiyatrik diğer hastalıkların tedavisi için psikoterapinin yanında psikotrop ilaçlar da (antidepresanlar, anksiyolitikler, antipsikotikler) kullanılmaktadır (Steinglass, Mayer ve Attia, 2015, s.422).

1.2.5.2.2. Beslenme Tedavisi

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan *Yeme Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi için Uygulama Kılavuzu* (Yager ve ark., 2006), beslenme rehabilitasyonunu başta AN tedavisinde olmak üzere tüm yeme bozuklukları tedavisinin başlıca hedeflerinden biri olarak listelemektedir. Ancak hastalara beslenme danışmanlığı verilirken hastaların kilo almaya karşı direnci nedeniyle uzmanlara dikkatli olmaları ve öncelikle hastalar ile güven ilişkisi kurmaları önerilir (Myers, 2007).

Beslenme tedavisinin içeriğini beslenme eğitimi, hedef kilonun belirlenmesi, yemek listesinin planlanması, yeme miktarı takibinin yapılması ve bireylerin ne zaman aç ve tok olduklarını anlayabilecek şekilde bedenin verdiği sinyalleri anlayabilmesinin (sezgisel yeme) öğretilmesi oluşturmaktadır. Ayrıca besin yetersizliğinin ve kötü beslenmenin yaratacağı ölüme neden olabilecek komplikasyonları hastaya anlatmak beslenme tedavisini sürdüren uzmanın görevleri arasında sayılmaktadır (Ambrose ve Deisler, 2015, s.57; Myers, 2007).

1.2.5.2.3. Psikolojik Tedaviler/Psikoterapiler

Yeme bozukluklarının tedavisinde kullanılan en etkili yöntemlerden biri de psikososyal müdahaleler/psikoterapilerdir. Yapılan kanıta dayalı araştırmalar bilişsel davranışçı terapilerin, geliştirilmiş-bilişsel davranışçı terapilerin, kişilerarası terapilerin, diyalektik davranışçı terapinin, aile temelli terapilerin ve psikodinamik yönelimli terapilerin yeme bozukluklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan terapi yöntemleri olduğunu göstermektedir.

Aşağıdaki bölümde yeme bozukluklarının tedavisinde kullanılan kanıta dayalı psikoterapi yöntemlerine kısaca değinilecektir.

Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT): Yeme bozukluklarının tedavisinde BDT, beden ağırlığı ve benlik saygısı ile ilgili işlevsiz bilişlerin (inançlar ve düşünceler) değişimi ile davranış değişiminin sağlanması için kullanılan öğrenme

prensiplerini temel almaktadır (Fairburn ve Cooper, 1989; Soygüt, 2003). Kanıta dayalı çalışmalar BDT'nin yaygın olarak BN ve TYB tedavisinde kullanıldığını göstermektedir (Fairburn, Cooper, Shafron, 2003; Mitchell, Pyle ve Eckert, 1990; Vocks, Tuschen-Caffier, Pietrowsky, Rustenbach, Kersting ve Herpertz, 2010). AN tedavisinde ise daha az kullanıldığı bilinmektedir (Ambrose ve Deisler, 2015, s.58).

BDT'nin yeme bozukluklarında kullanımı değerlendirme aşaması ile başlamaktadır. Bu aşamada detaylı bir psikolojik değerlendirme yapılır. Ardından ikinci aşama olarak düşünce ve duygular arasındaki ilişkiler, danışan ve terapist arasındaki iş birliği, kendini izleme davranışının geliştirilmesi, düzenli ölçüm yapma, baş etme becerilerinin öğretilmesi gibi bilişsel beceriler ile yeme günlüğü tutma, normal ve sağlıklı yeme ile ilgili kuralların konması ve bu kuralların uygulanması gibi davranışsal beceriler üzerine çalışılır. Üçüncü aşamada ise danışana otomatik düşüncelerin tanıtılması, bilişsel hataların takip edilmesi ve kognitif yeniden yapılandırma yer almaktadır.

BDT'de terapi sırasında öğrenilen becerilerin terapi bittikten sonra nasıl kullanılacağı ve hastalığın nüks etmesi halinde sürecin nasıl yönetileceği de öğretilmektedir. Ayrıca terapi bittikten sonra 1, 3, 6 ve 12. ayda takip seansları yapılmaktadır (Ogden, 2010, s.260).

Geliştirilmiş-Bilişsel Davranışçı Terapiler (G-BDT): BDT'nin daha yeni genişletilmiş biçimidir. BDT ile benzer şekilde yapılandırılmıştır ve terapistin takip etmesi gereken bir tedavi protokolü vardır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2008). YB'yi transdiagnostik açıdan ele alır ve tedavinin ayrıntılı odağı tedavi sırasında kararlaştırılarak yeme bozukluğunu sürdüren süreçlerin kişiselleştirilmiş -vakaya özel- bir formülasyonu oluşturulur. G-BDT'nin amacı hastalığın sürdürücü mekanizmalarının bilişsel ve davranışsal açıdan ele alınması ve değişimin sağlanmasıdır. Yapılan araştırmalar G-BDT'nin YB'si olan ve ayaktan takip edilen hastaların birçoğunda etkili bir tedavi yöntemi olduğunu ve kişilerarası terapi ile karşılaştırıldığında tedavi etkinliğinin daha belirgin ve hızlı olduğunu göstermektedir (Fairburn ve ark., 2015).

Kişilerarası Psikoterapiler (KP): Bireylerin var olan kişilerarası problemleri tanımlamasına ve ele almasına yardımcı olmak için oluşturulmuş kısa süreli bir psikoterapi yöntemidir. BN'nin ve TYB'nin tedavisinde etkili olarak kullanılmaktadır (Murphy, Straebl, Basden, Cooper ve Fairburn, 2012; Wilfley ve ark., 2002). KP'de hastanın YB semptomlarının başlangıç ve gelişimi ile geçmişte kurduğu zayıf kişilerarası ilişkileri ele alınır. Bununla birlikte, yeme bozukluklarını sürdürmelerine neden olan mevcut kişilerarası problemler de tanımlanır. Tedavinin temel hedeflerinden biri hastaların uzun vadede sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurabilmesinin sağlanmasıdır. Bu terapi yönteminde BDT'de olduğu gibi beden ağırlığı ve şeklin aşırı değerlendirilmesine ve yeme davranışındaki değişime odaklanılmaz.

BN ve TYB ile ilgili KP ve BDT'nin karşılaştırıldığı çalışmalar, kısa sürede BDT'nin KP'den daha etkili olduğunu ancak izlem çalışmalarında tedavi etkinliğinin eşitlendiğini göstermektedir (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson ve Kraemer, 2000; Wilfley ve ark., 2002; Wilson, Wilfley, Agras ve Bryson, 2010).

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT): Marsha Linehan (1993) tarafından başlangıçta zayıf dürtü kontrolü, zarar verici/uyumsuz davranışlar, kişilerarası ilişkilerde zorluklar ve duygudurum dalgalanmaları ile karakterize olan sınırda kişilik bozukluğunun tedavisi için geliştirilmiş terapi yöntemidir (Steiger, Jabalpurwala ve Champagne, 1996). Sınırda kişilik bozukluğu BN'ye eşlik eden hastalıklardan biri olduğundan araştırmacılar bu yöntemi tıknama ve çıkarma davranışı olan hastalarda da kullanmışlardır (Safer, Telch ve Agras, 2001). DDT aşırı yeme, çıkarma ve diğer zarar verici/uyumsuz davranışlara odaklanmakla birlikte bilinçli farkındalık, strese karşı tolerans, kişilerarası ilişkilerin düzenlenmesi ve duygu düzenleme becerilerini içeren dört farklı alanda hastalarla çalışır. BDT ve KP ile kıyaslandığında daha az kontrollü araştırmanın olduğu DDT'den elde edilen sonuçlar, DDT'nin BN ve TYB'nin tedavisinde etkili olabileceğini düşündürmektedir (Linehan ve Chen, 2005).

Aile Temelli Terapiler-Maudsley Yaklaşımı (ATT): YB tedavisine aileleri ilk defa 1978 yılında Minuchin, Rosman ve Baker dahil etmiş ve işlevsiz aile yapılarını inceleyerek davranış değişikliği oluşturabileceğini belirtmişlerdir. Daha

sonra bu yaklaşım Dare (1985) tarafından Maudsley yöntemi adıyla yapılandırılmış ve bugün hala kullanılan bir tedavi yöntemi haline getirilmiştir. Son yıllarda yapılan araştırmalar da bu yaklaşımın AN ve BN tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (Le Grange, Lock, Agras, Bryson ve Jo, 2015; Lock, le Grange, Agras, Moye, Bryson ve Jo, 2010).

ATT, üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada ailelere çocuklarının sağlığını tekrar kazanmaları için neler yapabilecekleri öğretilir ve varsa kardeşlerle ilişkiler güçlendirilir. İkinci aşamaya çocuklarında düzenli kilo artışı başlarsa geçilir ve diğer aile sorunları tedaviye dahil edilir. Üçüncü aşamada ise hasta sağlıklı kiloya ulaştıktan sonra ebeveyn ile hasta arasındaki ilişkiler hastaların yaşına uygun olarak hastalık odağından çıkarılıp diğer konulara (özerklik, aile sınırları, evden ayrılma, vb.) geçer (Dare, Eisler, Russell ve Szmukler, 1990).

Psikodinamik Yönelimli Terapiler (PYT): Psikanalizin temel ilkelerine dayanan PYT'nin temel hedefi, hastanın kendini keşfetmesidir. Terapi seansları yapılandırılmamıştır ve terapist tekrarlayan temalar, geçmiş deneyimler ve duygular arasındaki bağlantıyı takip ederek terapi süreci boyunca hastanın direnci ile terapi amacını engelleyen davranışlarına odaklanır. Bununla birlikte terapist içsel çatışmaları, arzuları, rüyaları ve fantezileri, aktarım ve karşı aktarım süreçlerini seanslar boyunca ele almaya devam eder (Fries ve Sullivan, 2017, s.79).

Son yıllarda Odaksal Psikodinamik Psikoterapi (OPP) (Focal Psychodynamic Psychotherapy) ve Bilişsel-Analitik Terapi (BAT) (Cognitive-Analytic Therapy) ile ilgili araştırmalar artmaktadır. Odaksal Psikodinamik Psikoterapinin bileşenlerini nesne ilişkileri, semptomların anlamı ve terapötik ittifak oluşturur. OPP, yönlendirici olmayan ve zaman sınırlı (haftalık oturumlarla 1 yıl) bir tedavi yöntemidir. Terapistler yorum yapmaktan kaçınır ve semptomların anlamını danışanın kişisel ve aile öyküsü bağlamında çalışır (Ogden, 2010, s.255). BAT ise bilişsel ve psikanalitik psikoterapinin bir karışımı olarak tanımlanmaktadır. Olumsuz duygulanım, semptomlar, kişilerarası ilişkiler, olumsuz beden imgesi, kişinin kendisi ve diğerleri ile ilişkisini etkileyen karşılıklı roller erken ilişkisel deneyimler üzerinden ele alınır (Fries ve Sullivan, 2017, s.80). Bu yöntemlerin başta AN olmak

üzere yeme bozukluğu hastalarının tedavisinde etkili sonuçlar ortaya koyduğu belirtilmektedir (Dare, Eisler, Russell, Treasure ve Dodge, 2001; Treasure, Todd, Brolly, Tiller, Nehmed ve Denman, 1995).

1.2.6. Yeme Bozukluklarını Önleyici ve Koruyucu Çalışmalar

Yeme bozuklukları, fiziksel ve ruhsal etkileri olan, tedavi edilmediğinde ölümlle sonuçlanabilen ciddi psikiyatrik hastalıklardan biri olmakla birlikte tedavi süreci uzun ve maliyetli bir hastalıktır (Yücel, 2013a). Bu nedenle YB’de tanı ve tedavi kadar önleme çalışmaları da büyük önem taşımaktadır.

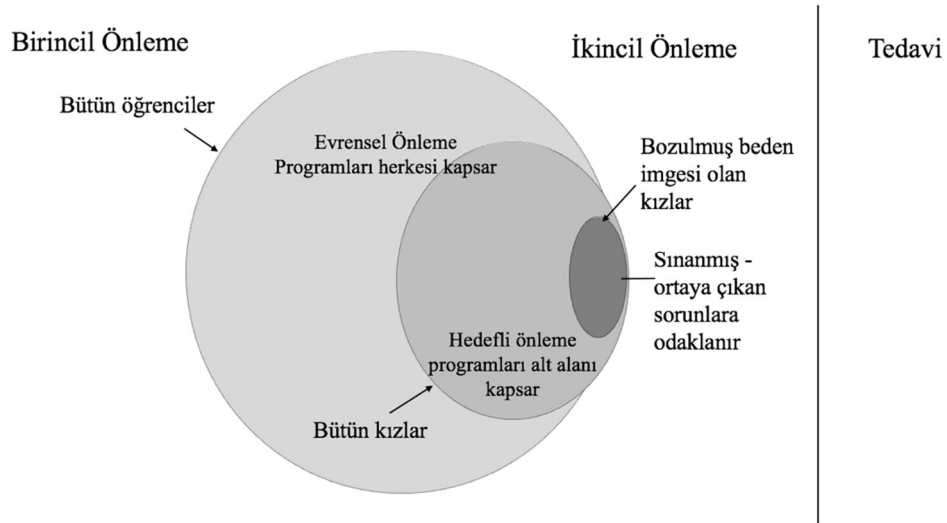
YB’de ‘önleme’ birincil ve ikincil koruma olarak ele alınmaktadır. Birincil koruma, YB’ye neden olan faktörlerin tanımlanması ve ortadan kaldırılması, ikincil koruma ise YB’nin erken tespiti ve/veya hastalığın başlangıcındaki bireylerin tedavisi olarak tanımlanabilmektedir (Mann, Nolen-Hoeksema, Huang, K., Burgard, Wright ve Hanson, 1997).

Önleme programları: evrensel (universal), hedefe yönelik (targeted) ve sınanmış (indicated) olmak üzere üç temel kategoriye ayrılmaktadır. Evrensel Önleme Programları (Universal Prevention Programs) toplumdaki bireyler hiç ya da çok az risk altında olsalar bile tüm popülasyondaki risk faktörlerini belirlemeyi hedefler. Örneğin, bu tür bir önleme programı medyanın bütün öğrencilerin zayıf olma arzusunu arttırmaya yönelik etkisini azaltmaya odaklanabilir ya da okuldaki bütün kız öğrencilerle çalışabilirler. Hedefe Yönelik veya Seçici Önleme Müdahaleleri (Targeted or Selective Prevention Interventions), YB geliştirme riski olan ortamlara ya da nüfusun bir bölümüne odaklanır. Örneğin, okulda sadece risk altında olan kız öğrencilerle çalışabilirler (Stice, Presnell, Gau ve Shaw, 2007). Sınanmış Önleme Programları (Indicated Prevention Programs) ise çok yüksek risk altında olan hatta bozukluğun erken özelliklerine sahip bireyleri hedef alırlar. Örneğin, yeme semptomları bozulmuş olan bireylerle çalışabilirler. Bu tür

programlar ikincil koruma olarak da tanımlanabilmekte ve ortaya çıkan yeme sorununun büyümesini engellemeyi hedeflemektedir (Piran, 2002).

YB üzerine yapılan müdahale programlarının çoğu hedefe yönelik/seçici olarak yürütülmekte ve bu tür programların evrensel programlardan daha etkili olduğu düşünülmektedir (Stice, Presnell, Gau ve Shaw, 2007). Bununla birlikte sınanmış önleme programları yeme davranışı bozulmuş olan bireylerle yürütüldüğü için tedavi programlarına benzemektedir. Ancak tedavi programları arasında farklılıklar mevcuttur. Örneğin, tedavi programları kilo kaybı azaldığında başarılı olarak tanımlanırken, sınanmış önleme programları hem kilo ile ilgili kaygı azaldığında hem de gelecekte oluşma ihtimali olan yeme bozukluğu riski azaldığında başarılı olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle bir önleme programının etkililiğinin incelenebilmesi için zamana ihtiyaç vardır (Keel, 2017d, s.172). Şekil 11 önleme programları ve tedavi arasındaki ilişkiyi özetlemektedir.

Şekil 11: Önleme programları için müdahale seviyeleri



Kaynak: Keel, 2017d, s.173.

Bu bölümde YB’de önleme, birincil ve ikincil koruma kapsamında ele alınacak ve YB ile ilişkili belirtilerin ortaya çıkmasını önleyici programlar ve çalışmalar kısaca ele alınacaktır.

1.2.6.1. Evrensel Önleme Programları (Universal Prevention Programs)

Birincil Koruma alanı içinde yer alan Evrensel Önleme Programları, tam olarak nedeni bilinmeyen yeme bozuklukları yaygınlığının azaltılması için kullanılan etkili yöntemlerden biridir. Risk altında olan kişilere yardım etme, yeni vakaların ortaya çıkmasını önleme ve beden memnuniyetsizliğine bağlı oluşabilecek problemlerle ilgili baş etme becerisi kazandırması gibi avantajlara sahiptir (Stice ve Whitenton, 2002). YB'ye yönelik Evrensel Önleme Programlarında genellikle YB'ye neden olduğu kabul edilen sosyal, çevresel (aile ve arkadaşlar, vb.) ve bireysel faktörlerin ele alınması amaçlanır. Beslenme, yeme davranışları, beden ağırlığı, kilo alıp verme, diyet yapma, medya, aile ve arkadaş baskısı gibi sosyokültürel faktörler ve etkileri gibi konularda verilen psikoeğitim temel basamağını oluşturur. (McVey, Tweed ve Blackmore, 2007).

Bu alanda yapılan çalışmalar özellikle okul temelli yürütülmektedir. Okul içinde öğretmenler ile rehberlik ve psikolojik danışmanların YB'nin nedenleri, YB belirtileri gösteren kişilerin özellikleri ve diyet yapmanın riskleri hakkında eğitilerek tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenmektedir. Bununla birlikte evrensel önleme programlarında aile ile ilişkili faktörlerin etkisi üzerine de çalışmalar yapılmaktadır. Ebeveynlerin yemek ve kilo ile ilgili kendi tutumları, çocukları ile bu konuda kurdukları ilişkiler ele alınmaktadır. Ayrıca düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve baş etme becerileri gibi bireysel faktörlerle ilişkili konular da önleme programlarının içine dahil edilmektedir (Rohwer, 2012, s.212).

Evrensel Önleme Programları incelendiğinde, YB semptomlarına etki eden olumlu sonuçları olduğu görülmektedir. Örneğin erkek ve kız öğrenciler, veliler, öğretmenler, okul yöneticileri ve yerel halk sağlığı profesyonellerini kapsayan toplam 982 kişi (6. ve 7. Sınıf öğrencileri ve 91 öğretmen/okul yöneticisi) ile okul temelli evrensel önleme programı yürütülmüştür. Programın 6. ay izlemi sonucunda kız ve erkek öğrenciler arasında medya ideallerinin içselleştirilmesi ve kız öğrencilerin düzensiz yeme davranışlarının azaldığı bulgulanmıştır (McVey, Tweed ve Blackmore, 2007). 349 kız ortaokul öğrencisi ile yürütülmüş başka bir önleme

alışmasında ise tüm katılımcıların yeme tutumlarının ve beslenme bilgilerinin olumlu yönde değiştiği bulgulanmıştır (Raich, Portell ve Pelez-Fernandez, 2010).

Türkiye’de ise özellikle son yıllarda daha çok obezite ile ilgili Evrensel nleme Programları yapılmaktadır. Örneğin Denizli’de ilköğretim okuluna devam eden öğrencilere fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme programı uygulanmış ve 8 ay sonra yapılan takip çalışmasında nleme programına alınan ğrencilerin BKİ’lerinin kontrol grubu öğrencilerine göre daha düşük oranda arttığı bulgulanmıştır (Sevinç ve ark., 2011).

1.2.6.2. Hedefe Yönelik veya Seçici nleme Müdahaleleri (Targeted or Selective Prevention Interventions)

İkincil nleme olarak tanımlanan Hedefe Yönelik veya Seçici nleme Müdahaleleri, patolojik düzeyde bir bozukluk oluşmadan önce YB’ye neden olan tutum ve davranışları tanımlayan ve düzeltmek için tasarlanan programları ifade etmektedir (Cook-Cottone ve Scime 2006). İkincil nlemede uyarı işaretleri takip edilir, problem yaşayan kişilere ulaşmanın etkili yolları aranır ve tedavi kaynakları ile ilgili bilgi verilir. Zamansal açıdan bir sınırının olması ve kaynakların risk taşıyan kişilere yönlendirilmesi nedeniyle birincil nleme stratejilerinden daha avantajlıdır (Keel, 2017d, s.176).

İkincil nleme çalışmalarında yeme davranışları bozulmuş bireylerle birlikte bu bireylerin sorununun tam bir hastalığa dönüşmesinden önce problemlili davranışı tespit edebilmesi için öğretmenler, ebeveynler, kardeşler veya akranların yemek, diyet ve egzersiz, kilo ve beden şekline yönelik tutum ve davranışları ile de çalışılabilir (Rohwer, 2012, s.213).

YB ile ilişkili risk faktörlerinin erken çocukluk döneminde görülmeye başlanması ve ergenlik döneminde zirveye ulaşması nedeniyle evrensel ve hedefe yönelik nleme programları genelde ergenler ve geç kadınlarla yürütülmektedir (Sinton ve Taylor, 2010). Bu doğrultuda yapılan araştırmalar hedef grubun daha çok

10 ile 25 yaş arasında olan kız öğrenciler ve kadınlar olduğunu göstermektedir (Piran, 1999; Phelps, Sapia, Nathanson ve Nelson, 2000).

Kontrol ve müdahale grupları ile birlikte yürütülen hedefe yönelik önleme programları sonuçları müdahale gruplarının bilgi ve tutumlarının kontrol gruplarına kıyasla değiştiğini ve bu değişikliklerin izlem çalışmalarında da korunduğunu göstermektedir (Moreno ve Thelen, 1993; Steiner-Adair ve ark., 2002; Taylor ve ark., 2006). YB'yi önleme programlarının incelendiği meta analiz çalışmaları da programların yarısından fazlasının yeme bozukluğu ile ilişkili risk faktörlerini azaltmakta başarılı olduğunu belirtmektedir (Stice ve Shaw, 2004; Stice, Shaw ve Marti, 2007). Örneğin, Jones ve arkadaşları (2014) 336 lise öğrencisi ile kilo ve beden şekli endişeleri ile ilgili evrensel ve hedefe yönelik online önleme programı yürütüp programın sonunda her iki grubun da kilo ve beden şekli ile ilgili endişelerinin azaldığını, sağlıklı kiloyu korumayı öğrendiklerini ve fiziksel aktivitelerini arttırdıklarını bulgulamışlardır. Türkiye'de de benzer şekilde yürütülen bir önleyici çalışmada kilo problemi olan 70 üniversite öğrencisi ile çalışılmış, araştırma sonucunda müdahale grubundaki öğrencilerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarının ve egzersiz seviyelerinin kontrol grubuna kıyasla arttığı belirlenmiştir (Özaydın ve Akın, 2019).

1.2.6.3. Sınanmış Önleme Programları (Indicated Prevention Programs)

Sınanmış önleme programları halihazırda beden imgesi sorunları yaşayan ve yeme problemleri olan ancak henüz kesin bir tanı konulmamış bireyler için tasarlanmıştır. Bu nedenle tedavi prosedürlerine benzemektedir. Katılımcıları ise genelde beden imgesi bozukluğu olan 18-25 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır (Keel, 2017d, s.178).

Sınanmış Önleme Programlarına yönelik Celio ve arkadaşları (2000), beden imgesi bozukluğu olan kadınların hedef olarak belirlendiği internet temelli bir önleme programı yürütmüşlerdir. Bu çalışmada katılımcıları iki müdahale ve bir

bekleme listesi grubuna ayırmışlardır. Müdahale gruplarından birine psikoeğitim ve beden imgesi bozukluğuna yönelik bilişsel davranışçı terapi egzersizleri alan kişiler, diğerine ise sadece sınıfta psikoeğitim alan kişiler atanmıştır. 8 hafta süren program sonunda müdahale gruplarının bekleme listesi grubuna göre daha fazla kilo ve beden ile ilgili endişelerinde ve bozulmuş yeme davranışlarında azalma bulgulanmışken, dört ay sonra yapılan izlem görüşmesi sonunda ise sadece psikoeğitimle birlikte BDT egzersizleri alan müdahale grubunda bulunan kişilerin değişimlerinin devam ettiği bulgulanmıştır.

YB'nin erken dönemde görülmeye başlanması ve risk oluşturan, kronik ve ciddi bir hastalık olması nedeniyle yukarıda da değinildiği üzere önleme programları büyük önem taşımaktadır. Ancak YB'ye yönelik önleyici programların hem dünyada (Piran, 2002, s.370) hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmaması YB'nin görülme sıklığının hızla artmasının nedenleri arasında sayılabilir.

1.3. Amaç ve Hipotezler

İçinde bulunduğumuz yüzyılda estetik ve güzellik algısı özellikle kadın bedeni üzerinden şekillenmeye devam etmekte ve görsel, yazılı ve sosyal medyanın oluşturduğu baskının da etkisiyle kadınlar ideal/güzel olana yani 'ince' bir görüntüye ulaşabilmek için büyük bir çaba içine girmektedirler. Kadınların 'ince' olabilme uğraşısı aynı zamanda kozmetik, estetik, çeşitli diyet ve egzersiz türleri, kilo kontrol ilaçları ve bazen cerrahi yöntemlerin içine dahil olduğu büyük bir endüstriyi de beraberinde getirir. Özellikle ergenlik döneminde başlayan ve devam eden ideal/güzel olana ulaşmak için verilen uğraşı, başkaları için finansal bir kaynağa dönüşmekte ve hem medya hem de buna maruz kalarak algısı değişen toplumun baskısı ile kırılması çok zor bir döngü oluşmaktadır.

İdeal/güzel olana ulaşma uğraşısı beden görüntüsü ve kilo üzerinden devam ettiği için kişinin yemekle de ilişkisi bozulmakta ve bu bozukluk en çok ergenlik döneminde görülmektedir. Ancak beden görüntüsünü iyileştirmek isteyen ve bunun için diyet, spor veya ilaç gibi çeşitli yöntemleri kullanan ergenlerin masum olarak başladıkları bu hareket çeşitli biyolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin de etkisi ile

önce yeme davranışında bozulmaya ardından psikiyatrik bir hastalık olan YB'ye kadar gidebilmektedir (Yücel, 2009).

YB, erken dönemde görülen ve uygun tedavi olmadığında kronikleşebilen ciddi bir hastalıktır (Steinhausen, 2002). Buna rağmen, YB hastalarının önemli özelliklerinden biri de hastalık belirtilerini inkâr eden bir grup olmasıdır. Zayıf iç görü, sosyal olarak arzulanır olmaya devam etme isteği, etiketlenme korkusu, yoğun kilo alma endişesi, tüketilen yemek miktarının ya da telafi edici davranışların saklanması hastalığın belirtilerinin başta aile olmak üzere arkadaşlar ve uzmanlar tarafından da anlaşılmasını güçleştirmektedir (Vanderdeycken ve Vanderlinden, 1983; Vandereycken ve Van Humbeeck, 2008; Vitousek, Daly ve Heiser, 1991). Dolayısıyla inkâr, hastalığın tespitini geciktirmekte ve tıbbi ya da psikolojik müdahaleye zamanında ulaşılmasını engellemektedir. Ancak beden ve kilosu ile uğraşı içine giren ve yeme davranışı bozulan ergenlere doğru zamanda ulaşılması ve müdahale edilmesi biyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal işlev bozukluğuna yol açan bu hastalığın oluşmasını engellemek için çok önemlidir.

Bu araştırmanın literatür kısmında da vurgulandığı üzere YB semptomlarının tespiti için kendini bildirim ölçekleri, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmış yüz yüze görüşmeler gibi çeşitli araçlar ve teknikler ayrı ayrı ya da çoklu olarak birlikte kullanılmaktadır. Ancak toplum örnekleme ile yapılan araştırmalarda YB belirtileri olan kişilerin hastalığını saklama ve kendini iyi gösterme çabası ve klinik örnekleme yapılan araştırmalarda belirtilerinin bir hastalık olduğunu kabul etmiş kişilerin bilgi veriyor olması nedeni ile ölçüm araçlarının geçerli ve güvenilir olmaması ihtimali ve elde edilen sonuçların toplumdaki yeme bozukluğu oranlarını doğru/güvenilir bir şekilde temsil edip etmediği tartışma konusudur (Vandereycken, 2006). Yine de epidemiyolojik çalışmalarda YB'nin belirlenebilmesi için en etkili yöntem olarak önce toplum örnekleme taraması yapılması, ardından YB belirtilerini yüksek oranda gösteren kişilerle yüz yüze görüşme yapılarak tanı kriterlerine yönelik özel sorular vasıtasıyla hastalığın ve oranların tespit edilmesi önerilmektedir (Hoek ve van Hoeken, 2003).

Hem YB hastalarının belirtilerini saklama eğilimi hem de epidemiyolojik çalışmaların yürütülmesindeki zamansal ve mali güçlükler bu alanda yapılan büyük ölçekli tanı çalışmalarının yürütülmesini zorlaştırmaktadır. Ancak buna rağmen YB'nin ciddi bir hastalık olması, kronikleşme durumu, bireylerin fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal olarak tüm işlevlerini etkilemesi, her geçen gün daha yaygın olarak görülmesi ve görülme yaşındaki düşüş hastalık başlamadan önce müdahale edilmesi ve koruyucu sağlık çalışmalarının yapılması gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Bu nedenle hastalığın toplumda ne oranda görüldüğünün tespiti çok önemlidir.

YB yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmalar çoğunlukla toplum örnekleminde ulaşılması kolay olan ve çeşitli stres faktörleri nedeniyle fiziksel ve ruhsal hastalıklar açısından risk grubu olarak tanımlanan yaşları ortalama 18-25 yaş arasında değişen üniversite öğrencileri ile yürütülmektedir (Eisenberg, Nicklett, Roeder ve Kirz, 2011; Tavalacci, Grigioni, Richard, Meyrignac, Déchelotte ve Ladner, 2015). Araştırmacılar özellikle bu yaş döneminde olan kişilerin akademik ilişkiler, ders dışı etkinlikler, sosyal ağlar ve ilişkiler, konut/yurt yaşamı ve sağlık hizmetine ulaşım gibi nedenlerle fiziksel, bilişsel ve psikolojik açıdan hassas bir dönemden geçtiğini, yazılı, görsel ve sosyal medyanın etkisi altında kaldığını, kendi bedenleri ile ilişkilerinin bozulduğunu ve bu nedenle diğer ruhsal hastalıklar kadar yeme patolojisi açısından da ele alınmasının önemli olduğunu vurgulamaktadırlar (Prouty, Protinsky ve Canady, 2002; Sassaroli ve Ruggiero, 2005).

Dünyada YB'nin görülme sıklığı ile ilgili büyük ölçekli çalışmalar yaygınlaşırken (Hoek ve Van Hoeken, 2003; Preti ve ark., 2009), Türkiye'de YB'nin görülme sıklığı incelendiğinde metropol şehirlerde özellikle YB'nin sık görüldüğü yaş aralığında (18-25) üniversite öğrencileri ile yapılmış büyük ölçekli epidemiyolojik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Var olan çalışmalar ise küçük şehirlerde ya da ilçelerde yürütülmüştür (Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan ve Izgic, 2006; Semiz, Kavakcı, Yağız, Yontar ve Kuğu, 2013; Uzun ve ark., 2006; Vardar ve Erzengin, 2011). Aynı zamanda hem YB belirtileri gösteren hem de YB tanısı konulan grubun literatürde belirtilen ve YB yordayıcılarından olan cinsiyet, yaş,

BKİ, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, uzman kontrolünde diyet veya spor yapma, sosyal medya kullanım sıklığı, sosyal medya kullanımına ayrılan süre, Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.), beden görünümünden memnuniyetsizlik, akranlar ve modeller/ünlü kişilerle fiziksel görünüş yoluyla yapılan sosyal karşılaştırma ve benlik saygısı düşüklüğü gibi sosyodemografik ve klinik özelliklere yönelik çok az bilgi vardır.

Bu doğrultuda araştırma için iki temel amaç oluşturulmuştur:

Birinci amaçta, İstanbul ilinde farklı üniversitelerde eğitim görmekte olan üniversite öğrencileri ile riskli ve sağlıklı grupta olan kişilerin tespit edilebilmesi için tarama çalışmasının yapılması ve bu gruplar içinde tanı konulanların, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların dağılımlarının belirlenmesi hedeflenmektedir. Bu amacın iki aşamada gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

Birinci aşama: İstanbul ilinde devlet ve vakıf olmak üzere farklı üniversitelerde eğitim görmekte olan 18-25 yaş arası üniversite öğrencilerini temsilen seçilecek bir örneklemeye yeme bozukluğu belirtilerini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir ölçüm aracı olan Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) uygulanacak ve ardından YBDÖ puanlarına göre %10'luk üst dilimde olan katılımcılar risk grubuna dahil edilecektir.

İkinci aşama: Risk grubunda olduğu tespit edilen bu %10'luk dilimdeki katılımcılarla yarı yapılandırılmış klinik bir değerlendirme aracı olan DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) ile yüz yüze tanısal görüşmeler yapılacak olup bu risk grubundaki katılımcılar arasında tanı konulanların, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların oranları tespit edilecektir.

Risk grubundaki bu dağılımların geçerliliğini sınamak amacıyla ayrıca birinci aşamadaki temsil edici örneklemde risk grubunda olmadığı tespit edilen kişiler arasından da rastgele %5'lik bir sağlama grubu seçilecek olup bu grup ile de

DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) ile yüz yüze tanısall görüşmeler yapılacak ve yukarıda risk grubu için de belirtilen AN, BN, TYB, TDBBYB ve TBYB yeme bozukluğu kategorilerindeki dağılımları incelenecektir.

Çalışmanın ikinci amacında ise DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre farklı yeme gruplarında olduğu gözlenmesi beklenen (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) katılımcıların yukarıda vurgulanan sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından nasıl farklılaştığı ya da benzeştiği incelenecektir.

Buna göre, çalışmanın birinci amacı doğrultusunda öncelikle tüm örnekleme yönelik sosyodemografik ve klinik özellikleri tanımlayıcı analizler yapılacak, ardından birinci aşama için oluşturulan temel hipotezler sınanacaktır.

Araştırmanın birinci aşama temel hipotezleri şu şekildedir:

Hipotez 1a. Birinci aşamada YBDÖ'ye göre risk grubunda olduğu tespit edilen kişilerde, ikinci aşamada DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin oranları, YBDÖ'ye göre sağlama grubu olarak belirlenen kişilerde tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin oranlarından yüksek olacaktır.

Hipotez 1b. Birinci aşamada YBDÖ'ye göre risk grubunda olduğu belirlenen kişilerde, ikinci aşamada DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerin oranları YBDÖ'ye göre sağlama grubu olarak belirlenen kişilerde sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlardan düşük olacaktır.

Ayrıca, araştırmanın birinci amacı doğrultusunda şu soruların da cevabı aranacaktır:

SORU 1. Sağlama ve risk gruplarında DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre farklı yeme gruplarında olduğu belirlenen kişilerin (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) dağılımları cinsiyete göre nasıldır?

SORU 2. Yüz yüze yapılan DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre YB tanısı konulan kişilerin YB alt tipleri olan AN, BN, TYB, Eşikaltı AN, Eşikaltı BN ve TBYB'nin sıklığı ve cinsiyete göre dağılımları nasıldır?

SORU 3. DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre YB tanısı konulan grupta YB alt tipleri olan AN, BN, TYB, Eşikaltı AN, Eşikaltı BN ve TBYB'nin sıklığı ve cinsiyete göre dağılımları tüm örneklem üzerinden nasıldır?

Çalışmanın ikinci amacı doğrultusunda ise DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre farklı yeme gruplarında olduğu gözlenmesi beklenen risk ve sağlama grubundaki katılımcıların (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) yukarıda vurgulanan sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından nasıl farklılaştığı ya da benzeştiği incelenecektir.

1.4. Araştırmanın Katkısı

Dünyada YB'nin görülme sıklığına yönelik yüz yüze klinik görüşmelerin de dahil olduğu, toplumsal ve klinik düzeyde tarama araştırmaları yapılırken; Türkiye'de bu tür çalışmalar yukarıda da vurgulandığı gibi ya sadece YB belirtilerini değerlendirdiği iddia edilen kendini bildirim ölçekleri kullanılarak ya da küçük şehirlerde ve küçük örneklemlemlerle yapılmıştır. Çoğu zaman yüz yüze klinik görüşme yapılmadan, kendini bildirim envanterleri kullanılarak yürütülen bu araştırmalar, yeme davranışındaki bozulma belirtilerinin ölçülmesini ve psikiyatrik bir hastalık olarak YB tanısı konulacak düzeyde yeme davranışında bozulma olup olmadığının

belirlenmesini güçleştirmektedir. Bu da risk altında olan grup ile erken dönemde YB tanısı konulabilecek kişilere müdahale edilmesini engellemektedir.

Ayrıca ülkemizde neden klinik taramayı da kapsayan büyük ölçekli araştırmaların yapılamadığı sorusu, klinik çalışmaların ekip, zaman ve maliyet gerektirmesi; ‘araştırmacı’ pozisyonlarının ilgili kurumlarda yetersiz olması ve araştırmanın yürütülebilmesi için uygun fonun bulunamaması gibi cevapları da beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, özellikle ergenlik döneminde ortaya çıkan ve çeşitli sosyokültürel faktörler nedeniyle kadınlarda yoğun olarak görüldüğü bildirilen YB belirtilerinin, bu hastalığı olan kişilerce saklanmaya çalışıldığı ve inkar edildiği de bilinen bir gerçektir (Vandereycken ve Van Humbeeck, 2008). Ayrıca, YB’nin kadınlarda yoğun olarak görülmesi (Eisenberg, Nicklett, Roeder ve Kirz, 2011; Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavalacci, 2019), yine bu hastalığın uzmanlar ve toplum tarafından ‘kadın sorunu’ olarak tanımlanmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu durumun, erkeklerin yeme davranışları, beden şekli ve kiloları ile ilgili olarak hastalığı oluşturan belirtilerin ne anlama geldiğini bilmemesine ve uzmanlar tarafından da tanı koymanın gecikmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Bu da özellikle hem toplum düzeyinde hem de klinik ortamda YB’nin gerçek tanı oranlarının tam olarak belirlenebilmesinin önünde bir engel oluşturmaktadır.

YB tanısı için aday olduğu bilinen risk gruplarının özelliklerinin belirlenmesi ve bu gruplara erken dönemde müdahale edilmesi, YB riskini azaltmaktadır. Erken müdahale ve tedavi sonuçları ile ilgili yürütülen araştırmalarda özellikle risk gruplarında yeme davranışının düzeltilmesi ve doğru sosyal medya kullanımına yönelik geliştirilen koruyucu uygulamaların YB’nin oluşması ve kronikleşmesini engellemek için önemli olduğu vurgulanmaktadır (Stice ve Ragan, 2002; Stice, Orjada ve Tristan, 2006).

Tüm bu nedenlerle, zaman ve maliyet açısından uygulama zorluğuna rağmen bu çalışma, Türkiye’de YB alanında yapılmış ilk büyük ölçekli toplum örnekleme taraması olması nedeniyle önem taşımaktadır. Çalışmada önce toplum geneli değerlendirildiğinde içinde bulunduğu yaş dönemi itibari ile dezavantajlı

olarak tanımlanan üniversite öğrencileri taranmış, ardından bu grup içinden cinsiyet ayrımı yapılmaksızın YB belirtilerini geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü bildirilen ve kendini bildirim envanteri olan YBDÖ'den yüksek puan alıp risk grubunda olduğu düşünülen kişilerle yüz yüze klinik görüşme yapılmıştır. Bununla birlikte bütün örneklem içinden YBDÖ'nün hatalı ölçüm yapma ihtimaline karşılık (yalancı negatif), %10'luk (%5 + %5) bir dilim seçilip o kişilerle de yüz yüze klinik görüşme yapılarak araştırmanın sağlaması yapılmıştır. Böylece, İstanbul örnekleminde hem YB'nin nokta prevalansı tespit edilmiş hem de klinik görüşme sonrasında tanı konulan, tanı konulmamasına rağmen yeme davranışlarında bozulmalar olduğu saptanan ve sağlıklı beslenme örüntülerine sahip olan kişilerin psikososyokültürel ve klinik değişkenler açısından nasıl farklılaştığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Bu araştırma sonuçlarının YB yaygınlığına yönelik güncel bir veri sunması hedeflenmektedir. Bununla birlikte, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın farklı yeme özelliklerine sahip üniversite öğrencileri arasında psikososyokültürel ve klinik değişkenlerdeki farklılığı tanımlayıcı bilgiler sunarak ortaya koyması nedeniyle özellikle risk gruplarında YB'ye neden olan faktörlerin tespit edildiği ileri araştırmalara katkı sağlaması ve önleyici çalışmalar ile klinik uygulamalara yol göstermesi hedeflenmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın birinci ve ikinci amacı için araştırma örneklemini, veri toplama araçları ve toplanan verilerin incelenmesinde kullanılan analizlere ilişkin bilgiler sunulacaktır.

2.1. Örneklem

Araştırma örneklemini İstanbul ilinde bulunan devlet ve vakıf olmak üzere farklı 32 üniversitede öğrenimine devam eden 18-25 yaş arasındaki öğrenciler oluşturmaktadır.

Araştırmanın birinci amacının ilk aşamasında 2060 öğrenciye ulaşılmıştır. Yapılan araştırmalara göre üniversite öğrencilerinde yeme davranışlarında bozulma yaygın olarak görüldüğünden (Ermiş, Doğan, Erilli ve Satıcı, 2015; Tylka ve Subich, 2002) heterojen bir gruba ulaşabilmek için dışlama kriterleri oluşturulmamıştır. Bu nedenle üniversite öğrencisi olmak, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek ve 18-25 yaş arasında olmak işleme kriteri olarak belirlenmiştir.

Ulaşılan 2060 öğrenci içinden 18-25 yaş dışında kalan; araştırmanın ikinci aşaması için kullanılacak olan YBDÖ uygulamayan; verdiği bilgilerin eksik, hatalı veya yanlış olduğu düşünülen 184 katılımcının verisi kullanılamamıştır. Bu vakalar elendikten sonra araştırmanın temel örneklemini oluşturan katılımcıların toplam sayısı 1876'dır. Katılımcıların %69.8'i kadın, %30.2'si erkektir. Yaş ortalaması 20.47'dir ($SS = 1.41$).

Araştırmanın birinci amacının ikinci aşamasında YBDÖ'den en yüksek puanı alarak %10'luk dilim içinde kalan ve risk grubunda olduğu düşünülen 111 kişi ile YBDÖ'nün hatalı ölçüm yapma ihtimalini en aza indirebilmek için YBDÖ'den yüksek puan alan %10'luk dilimin dışında kalan kişiler içinden %5'lik yalancı negatiflik (false negative) oranı dikkate alınarak rastgele seçilen 61 kişi olmak üzere

toplam 172 kişi yer almıştır. Katılımcıların %78.5'i ($n = 135$) kadın, %21.5'i ($n = 37$) erkektir. Yaş ortalaması ise 20.4'tür ($SS = 1.4$).

Araştırmanın ikinci amacında yer alan katılımcılar ($n = 172$) ise DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) kullanılarak farklı yeme gruplarına ayrılmıştır. Buna göre, tanı konulan grupta 29 kişi (%16.8), tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta 61 kişi (%35.5), sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta ise 82 kişi (%47.7) bulunmaktadır.

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik zellikleri "SONUÇLAR" bölümünde detaylı olarak sunulmuştur.

2.2. Araştırma Materyalleri ve lekleri

2.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırmanın birinci ve ikinci aşaması için katılımcılara iki ayrı bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Her iki onam formunda da araştırmanın yürütücüsü, amacı, kimlere uygulanacağı, süresi, gizlilik esasları ve katılımcıların haklarının yer aldığı bilgiler yer almaktadır (EK 2 ve EK 3).

2.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Birinci aşamada kullanılan sosyodemografik bilgi formu katılımcıların yaş, boy, kilo, eğitim seviyesi, meslek, medeni durum, gelir seviyesi, fiziksel ve psikiyatrik tıbbi geçmiş, diyet ve egzersiz davranışları gibi belli özelliklerini tespit etmeye yönelik soruları içermektedir. Ayrıca bu formda katılımcıların sosyal medya kullanımı ve özellikle sık kullanıldığı düşünülen Instagram ve Facebook uygulamalarında beden görünümü ile ilgili takip edilen hesap sayısı gibi tamamlayıcı sorular sorulmuştur. Araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında bu form kullanılmıştır (EK 4).

Katılımcıların sosyal medya hesabının olup olmadığı “*Herhangi bir sosyal medya üyeliğiniz var mı? 1) Evet 2) Hayır*” sorusu, bir günde sosyal medya kullanımına ayırdıkları süre “*Sosyal medya sitelerinde bir gün içinde toplam kaç saat süre harcarsınız?*” sorusu, Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.) hesap sayısı ise “*Instagram ya da facebook hesabınızdan beden görünümü ile ilgili takip ettiğiniz kaç hesap vardır? (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.) 1) Instagram/facebook hesabım yok. 2) Hesabım var ama bu tür hesap takip etmiyorum. 3) 1-5 arası 4) 5-10 arası 5) 10’dan fazla*” sorusu kullanılarak ölçülmüştür.

2.2.3. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Katılımcıların kilolarının sağlıklı bir düzeyde olup olmadığının belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır. Kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile ($BKİ = \text{vücut ağırlığı [kg]} / \text{boy [m}^2\text{]}$) hesaplanır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından BKİ belli aralıklarda değerlendirilir. Buna göre BKİ’si 18.5’in altındakiler zayıf, 18.5-24.9 arasındakiler normal, 25.5-29.9 arasındakiler hafif şişman, 30 üzerindeki ise şişman/obez (30-34.9 I. derece obez, 35-39.9 II. derece obez, 40 ve üstü morbid obez) olarak kabul edilmektedir (WHO, 2020). Bu araştırmada boy ve kilo bilgisi katılımcının kendisine sorulmuştur ve daha sonra araştırmacı tarafından BKİ hesaplanmıştır. Literatüre bakıldığında yürütülen araştırmalarda boy ve kilo bilgisinin katılımcıya sorulmasıyla araştırmacı tarafından ölçülmesi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (Spencer, Appleby, Davey ve Key, 2002).

2.2.3. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

Orijinal adı Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)’dir. Fairburn ve Cooper (1993) tarafından geliştirilmiş bir kendini bildirim ölçeğidir. 33 maddeden oluşmaktadır ve kısıtlama (K), tıknırcasına yeme (TY), yemeyle ilgili endişeler (YİE), kiloyla ilgili endişeler (KİE) ve beden şekli ile ilgili endişeler (BİE)

olmak üzere 5 alt testten oluşmaktadır. Alt testler ve toplam puan aralığı 0-6'dır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yeme patolojisinin artmış olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşgör, Yavuz ve Sertel-Berk (2011) tarafından yapılmış ve iç tutarlılık katsayıları K alt ölçeği için .81, YİE alt ölçeği için .70, KİE alt ölçeği için .78, BİE alt ölçeği için .86 ve ölçeğin kendisi için .93 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin klinik ve klinik olmayan grupları birbirinden ayıran bir kesme noktası yoktur. Ancak yükselen puanların yeme patolojisinin artmış olduğuna bir işaret olduğu düşünüldüğü için risk grubunda yer alan %10'luk üst dilimdeki vakaları tespit etmek ve yeme bozukluğunu değerlendirmek amacı ile araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında kullanılmıştır (EK 5).

Bu tez çalışmasında araştırmanın birinci aşamasında YBDÖ'nün Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı .94, Kısıtlama alt ölçeği (K) .86, Yeme ile ilgili endişeler alt ölçeği (YİE) .80, Kilo ile ilgili endişeler (KİE) .81 ve Beden şekli ile ilgili endişeler (BİE) .88 olarak bulunmuştur. Araştırmanın ikinci aşamasında ise yüz yüze görüşmeler yapıldığında katılımcılara tekrar YBDÖ uygulanmıştır. İkinci aşamada yer alan toplam 172 katılımcıdan alınan veriler doğrultusunda YBDÖ'nün Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı .91, K alt ölçeği .85, YİE alt ölçeği .77, KİE alt ölçeği .73 ve BİE alt ölçeği ise .77 olarak bulunmuştur.

2.2.4. Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA)

Gökdoğan (1988) tarafından Berscheid, Walster ve Bohrnstedt'in (1973) geliştirmiş olduğu 'Beden İmajı Anketi' temel alınarak oluşturulmuştur. Kadınlar için 25, erkekler için 26 sorudan oluşan ölçeğin beden genel görünümü, yüz, beden üyeleri ve gövde olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Her bir ölçek maddesi "son derece hoşnutum" 5, "oldukça hoşnutum" 4, "kararsızım" 3, "pek hoşnut değilim" 2, "hiç hoşnut değilim" 1 aralığında puanlanmaktadır. Yükselen puanlar beden bölge ve özelliklerinden memnuniyete işaret etmektedir. Ölçeğin Gökdoğan (1988) tarafından

yapılan güvenirlik çalışmasında, anketler 3 hafta aradan sonra katılımcılara tekrar uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar, ilk ve ikinci uygulama arasındaki korelasyonun (pearson çarpım momentler korelasyon katsayısı) 0.88 olduğunu ($p<0.001$) (anketin iki uygulama arasında yüksek bir korelasyon gösterdiği) ortaya koymuştur.

Ölçeğin bu çalışmadaki kullanım amacı, yeme bozukluğu etiolojisinde önem taşıyan kişinin beden büyüklüğü ile ilgili genel memnuniyetsizliği ve bilişsel değerlendirmesini kapsayan beden imgesinin tutumsal bileşeni olan beden memnuniyetini ölçmektir. BBÖHOA araştırmanın birinci aşamasında uygulanmıştır.

BBÖHOA'nın bu tez çalışmasındaki Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayıları ise Beden Genel Görünümü (BGG) alt ölçeğinde .68, Yüz (Y) alt ölçeğinde .78, Beden üyeleri (BÜ) alt ölçeğinde .79, Gövde (G) alt ölçeğinde .79 ve ölçeğin tamamı için ise ölçek.89 olarak bulunmuştur (EK 6).

2.2.5. Tek Maddeli Benlik Saygısı Ölçeği (TMBSÖ)

Bu ölçek Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ne (RBSÖ) alternatif olarak benlik saygısını küresel düzeyde ölçebilmek amacı ile Robins, Hendin ve Trzesniewski (2001) tarafından oluşturulmuş ve yapı geçerliliği yapılmıştır. Benlik saygısını tek bir madde üzerinden ölçer. Katılımcılar tek soruluk benlik saygısı ölçeğini 5 puanlık (1: benim için doğru değil, 5: benim için çok doğru) likert tipi bir skala üzerinden puanlar. Artan puanlar benlik saygısının yüksek olduğuna işaret eder. Heise prosedürü kullanılarak tespit edilen ölçeğin güvenirlik tahmini .75'dir. Aynı yöntemle Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinin de güvenirlik tahmini bulunmuş ve .88 olan değer Cronbach's Alpha değeri ile aynı çıkmıştır (Robins, Hendin ve Trzesniewski, 2001). TMBSÖ'nün sorusu ekte yer alan demografik soru formunun sonunda sunulmuştur.

Ölçeğin bu çalışmadaki kullanım amacı katılımcıların benlik saygısını ölçmektir. Benlik saygısının RBSÖ yerine tek maddeli bir ölçek ile ölçülmesinin amacı ise araştırma bataryasında yer alan soru sayısını az tutabilmektir. TMBSÖ araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında uygulanmıştır (EK 4).

2.2.6. Fiziksel Görünüme Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (FGDSKÖ)

Ferreira, Pinto-Gouveia ve Duarte (2013) tarafından Allan ve Gilbert'in (1995) sosyal karşılaştırma ölçeğinden yararlanılarak geliştirilen ölçek fiziksel görüntüyü temel alarak sosyal karşılaştırmayı bireyin kendisi akranlar ve mankenler/modeller/ünlülerin ile karşılaştırması yoluyla ölçer. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Deveci, Sertel Berk ve Yücel (2017) tarafından yapılmıştır. Katılımcılara fiziksel görünüş temel alınarak kendilerini diğerleri ile karşılaştırdıklarında nasıl hissettikleri sorulur ve ölçeğin Akranlar bölümü için 8 zıt yapı (itici/daha çekici, arzu edilmeyen/daha çok arzu edilen, daha aşağı/daha üstün, çirkin/güzel, daha az zarif/daha zarif, dışlanmış/kabul görmüş, değersiz/değerli, daha az popüler/daha popüler), Modeller bölümü için de 11 zıt yapı üzerinden (itici/daha çekici, arzu edilmeyen/daha çok arzu edilen, daha aşağı/daha üstün, çirkin/güzel, daha az zarif/daha zarif, dışlanmış/kabul görmüş, değersiz/değerli, daha az popüler/daha popüler, görmezden gelinen/kabul görmüş, küçümsenmiş/imrenilmiş, kendine güvensiz/kendine daha güvenli) 10 puanlık bir skalada cevap vermeleri beklenir. Düşük puanlar fiziksel görünüş yoluyla daha olumsuz bir sosyal karşılaştırma yapıldığını gösterir. Akranlar bölümü için toplam Cronbach's Alfa değeri .91, Modeller bölümü için ise .96'dır.

Ölçeğin bu çalışmada kullanılma amacı katılımcıların fiziksel görünüş yolu ile yaptıkları sosyal karşılaştırma düzeylerinin belirlenebilmesidir. Araştırmanın birinci aşamasında uygulanmıştır.

FGDSKÖ'nin bu tez çalışmasındaki Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı Akranlar bölümü (A) için .93, Modeller bölümü (B) için .94 olarak bulunmuştur (EK 7).

2.2.7. DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5)

Sysko ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilen, web tabanlı, DSM-5 tanı kriterlerini içeren yarı yapılandırılmış yeme bozuklukları (YB) değerlendirme görüşmesidir.

EDA-5, DSM-5 (2013) içinde yer alan YB tanı kriterleri doğrultusunda tarama yapar. Deveci, Sertel Berk ve Yücel (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yarı yapılandırılmış olduğu için sadece bu alanda çalışan uzmanların kullanımına uygundur. DSM-5'te yer alan Beslenme ve Yeme Bozuklukları Kümesindeki farklı tanıları (Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, AN, BN, TYB, TDBBYB, TBYB) değerlendiren soruları içerir.

Katılımcılara sorular uzman tarafından yüz yüze görüşmeler sırasında açık olan ve YB'nin farklı alanlarını tarayan soruları içeren online sistem üzerinden tek tek sorulur ve verilen cevaplar yine online sistem üzerinde kaydedilir. Aynı zamanda online sistem görüşmeyi yürüten uzmanın not almasına olanak sağlar ve bir algoritma sayesinde görüşmenin sonunda işaretlenen şıklar ve alınan notlar dahilinde bir tanıya yönlendirir.

EDA-5'in Türkçe geçerlik çalışmasında uygulamanın yapıldığı tanı konulan ve konulmayan katılımcıların YBDÖ ve BBÖMOA puanlarının birbirinden farklılaştığı bulunmuştur.

Ölçeğin bu çalışmada kullanılma amacı YBDÖ'den yüksek puan alan katılımcılara DSM-5'e göre YB tanısı konulup konulmadığının belirlenmesidir.

2.2.8. Katılımcıların Yeme Gruplarının Belirlenmesi

Katılımcılara yüz yüze görüşme esnasında EDA-5'in YB tanı kriterlerini içeren sorularının dışında yeme davranışındaki bozulmaların ve sağlıklı yeme örüntülerinin tespit edilebilmesi için aşağıdaki sorular ayrıca sorulmuştur.

1. Düzenli öğün tüketimlerinin olup olmadığı,
2. Hangi saatlerde yemek yedikleri,
3. Sabah, öğle, akşam ve ara öğünlerde ne tür yiyecekler tükettikleri,
4. Ne kadar miktar yedikleri,
5. Düzenli egzersiz yapıp yapmadıkları,
6. Beden görünümünden hoşnut olup olmadıkları.

Katılımcıların bu sorulara verdikleri cevaplar doğrultusunda YB tanısı olmayan grupta yer alan kişilerin yeme davranışında bozulma olup olmadığı dengeli ve yeterli beslenmek için gerekli olduğu belirtilen (Tai, Castillo ve Pi-Sunyer, 1991) aşağıdaki kriterler doğrultusunda belirlenmiştir.

- a. Günde 2 öğünden az yemek yemiyor olmak
- b. Sağlıklı olarak kabul edilmiş ana öğün saatleri dışında yememek (örneğin, kahvaltıyı atlamamak, öğle saatlerinde doğrudan karbonhidrat, şeker ve yağ ağırlıklı gıdalarla güne başlamamak, gece geç saatlerde yemek yemiyor olmak),
- c. Fast food, karbonhidrat ve şeker ağırlıklı beslenmemek,
- d. Bir kişinin yiyebileceğinden daha fazla ya da az yemiyor olmak,
- e. Egzersiz yapmak
- d. Beden görünümünden memnun olmak

Bu kriterleri sağlayan katılımcılar 'sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar' sağlamayanlar ise 'tanı konulmadığı halde yeme davranışında bozulma olanlar', grubu olarak belirlenmiştir.

2.2.8. Geri Bildirim Formu

Araştırmanın ikinci aşamasına katılan kişilere görüşme sonunda verilmek üzere hazırlanmış bir bilgi formudur. Katılımcılara araştırmaya neden çağrıldıklarını açıklamak ve yeme bozuklukları ile ilgili bilgi vermek için oluşturulmuştur. YB tanısı konulan ve konulmayan grup için farklı formlar düzenlenmiştir (EK 8-9).

2.3. İşlemler

Araştırmanın yürütülebilmesi için öncelikle İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 16/11/2017 tarihli ve 35980450-663.05 sayılı karar ile etik onay alınmış (EK 1) ve ardından farklı fakülte ve bölümlerde eğitimine devam eden öğrencilerden verilerin toplanabilmesi için İstanbul ilinde bulunan toplam 11'i devlet (%22), 40'ı vakıf (%78) olmak üzere 51 üniversitenin rektörlükleri ile yazışmalar yapılmıştır. Yapılan yazışmalar sonucunda araştırmanın uygulanmasını kabul eden 9'u (%28) devlet, 23'ü (%72) vakıf olmak üzere toplam 32 üniversiteden veri toplanabilmiştir.

2.3.1. Örneklem Seçimi

Dünyada yapılan araştırmalarda YB belirtileri gösterip tanı konulmayan ancak risk grubunda olduğu düşünülen ve bozulmuş yeme davranışına sahip kişilerin örneklem %5'i ile 10'u arasında (Keski-Rahkonen ve Mustelin, 2016), Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise örneklem %1.52'si ile % 6.33'ü arasında bir grubu oluşturduğu bulgulanmıştır (Semiz, Kavakçı, Yağız, Yontar ve Kuğu, 2013; Vardar ve Erzengin, 2011). Bu doğrultuda tez danışmanı Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk ile tez izleme komitesi üyesi ve yeme bozuklukları alanında çalışmaları olan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Klinik Epidemiyolog Prof. Dr. Aslıhan Polat'ın görüşü alınmıştır. Buna göre, araştırmanın birinci amacı doğrultusunda YB'nin görülme sıklığının belirleneceği ikinci aşama için birinci aşamada YBDÖ'den en yüksek puan alan %10'luk bir dilim ve testin hatalı ölçüm yapma ihtimalini en aza indirebilmek için kullanılan yalancı

negatiflik (false negative) oranı göz önüne alınarak %10'luk dilim dışında kalan katılımcıların rastgele seçim yöntemi ile %5'ine ulaşılması hedeflenmiştir. Seçilen toplam %15'lik dilim ile araştırmanın ikinci kısmına katılmak istemeyen veya çalışma anında çekilmek isteyen kişilerin olması gibi araştırma süresince oluşabilecek katılımcı kaybının engellenmesi ve ölçüm araçlarından doğabilecek risk grubu belirleme hatasının en aza indirilmesi hedeflenmiştir. Bu nedenlerle araştırmaya ortalama 2000 kişinin dahil edilmesi planlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilecek İstanbul'daki üniversitelerde okuyan katılımcıların sayısının belirlenebilmesi için ilk olarak 2016-2017 Eğitim-Öğretim yılı için Yüksek Öğrenim Kurulu tarafından belirlenen kontenjan sayıları hem toplam öğrenci sayısı hem de üniversite başına düşen öğrenci sayısı dikkate alınarak hesaplanmıştır. Toplam öğrenci sayısı üzerinden İstanbul'da her üniversitenin yeni kayıt olacak öğrencilerin % kaçına kontenjan açtığı tespit edilmiş ve üniversite başına düşen %'lik dilimlerin 2000 öğrenciden kaçına denk geldiği belirlenerek üniversitelerin farklı fakültelerinde eğitim gören öğrencilerden veri toplanmıştır.

2.3.2. Uygulama

Birinci Aşama: Oluşturulan ölçüm araçları kağıt-kalem yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere ders ortamında etik kurul kararı eşliğinde fakülte dekanlarından uygulama için alınan izinler doğrultusunda ve online olarak uygulanmıştır. Katılımcılara bilgilendirilmiş onam formunun ardından sosyodemografik ve klinik bilgi formu, YBDÖ, BBÖMOA, TMBSÖ ve FGDSKÖ bir batarya olarak yorgunluk (fatigue) etkisini ve ölçeklerin birbiri üzerinde olası etkisini kontrol etmek amacıyla rastgele sırada verilmiştir. Katılımcıların araştırma bataryasını doldurma süresi ortalama 40 dakika sürmüştür. Araştırma sonunda katılımcılara, araştırma yürütücüsü ve araştırma ile ilgili bilgilerin yer aldığı bilgilendirilmiş onam formunun bir örneği verilmiştir.

Birinci aşamada kullanılan bilgilendirilmiş onam formunda çalışmanın iki aşaması olduğu ve ikinci aşama için ortalama 290 kişinin rastgele bir yöntemle

gönüllülük esasına dayanarak çalışmanın ikinci kısmına davet edileceği bilgisi verilmiştir. Bu nedenle katılımcıların iletişim bilgileri alınmıştır. (EK 2).

İkinci Aşama: YBDÖ puanlarının %10'luk üst diliminde yer almak sureti ile risk grubunu oluşturan katılımcılar iletişim bilgilerine dayanarak yüz yüze ya da online görüntülü görüşmeye çağırılmıştır. Görüşmeyi kabul eden 172 katılımcıya randevu verilmiştir ve her bir katılımcı ile biri araştırma yürütücüsü olmak üzere YB alanında çalışan 2 uzman psikolog EDA-5'i kullanarak görüşme yapmıştır. Her bir görüşme 15 dakika ile 30 dakika arasında sürmüştür.

İkinci aşama için kullanılan bilgilendirilmiş onam formunda ise katılımcılara araştırmanın birinci aşamasına katılan kişiler içinden rastgele bir yöntemle seçilmiş oldukları bilgisi verilmiştir (EK 3). Araştırmanın gerçek amacından katılımcıların damgalama yaşayacaklarına dair endişe yaşama ve bu nedenle doğru bilgiyi saklama (Corrigan ve Watson, 2002; Karagöl, Çalışkan, Beyazyüz, 2013) ihtimali gibi bazı klinik nedenler dolayısıyla bahsedilmemiştir.

2.3.3. İstatistiksel Analiz

Bu araştırmanın iki amacı için de katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine (verilerin toplandığı fakülteler, yaş, BKİ, cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir durumu, çalışma durumu, medeni durum, fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığı, uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklığı, sosyal medyayı kullanım sıklığı, Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.) ve YB tanısı konulma sıklığına yönelik elde edilen bulgular betimsel istatistiki yöntemlerle (yüzde sıklık, ortalama, standart sapma) değerlendirilmiştir.

Bununla birlikte, tüm katılımcılarda cinsiyete göre ve farklı yeme gruplarında olan (tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip) katılımcılarda gruplara göre yaş, BKİ, sosyal medya kullanımına ayrılan süre ve Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı, YBDÖ toplam ve alt

testleri, BBÖMOA toplam ve alt testleri, FGDSKÖ Akranlar ve Modeller/Ünlüler bölümü ve TMBSÖ'den aldıkları puanların farklılaşıp farklılaşmadığı normal dağılımın olduğu durumlarda Bağımsız Örneklem t-testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) testi, normal dağılımın olmadığı durumlarda ise *Mann Whitney U* testi ve Kruskal Wallis-H testi yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi testi sonucuna göre ise ikili karşılaştırmalar Scheffe testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca, yine araştırmada tüm katılımcılarda cinsiyete göre ve farklı yeme gruplarına (tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip) göre cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir durumu, çalışma durumu, medeni durum, BKİ'nin kategorik dağılımı, fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığı, uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklığı ile sosyal medya kullanım sıklığının değişip değişmediği vaka sayısının yeterli olduğu durumlarda *Pearson X^2 (Ki-kare) Bağımsızlık Testi* kullanılarak incelenmiştir. Ek olarak, üç farklı yeme grubuna (tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip) dağılan katılımcılara YB tanısı konulma oranının risk ve sağlama grupları arasında değişip değişmediği ise kategoriler içinde vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı nedeni ile *Fisher's Exact Testi* (Fisher'in Kesinlik Testi) yapılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın analizleri SPSS 22.0 programı ile yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde öncelikle örneklem grubunun araştırma değişkenlerine göre gösterdiği farklılıklar incelenecektir. Ardından hipotezler doğrultusunda değişkenlerin birbiriyle ilişkileri ele alınacaktır.

3.1. Birinci Amaç, Birinci Aşama ile İlgili Betimsel Analizlere Dair Bulgular

İlk olarak araştırmanın birinci amacının ilk aşaması olan risk grubunu belirleme ve belirlenen risk grubunda yeme bozukluğuna yönelik tanısal değerlendirme yapmak amacıyla İstanbul ilinde yaşayan 18-25 yaş arası üniversite öğrencilerini temsilen seçilmiş olan araştırma örnekleminin tamamının sosyodemografik ve klinik değişkenlerine ait betimleyici bulgular özetlenecektir. Ardından risk grubunda ve sağlıklı grupta olduğu belirlenen kişilerin dağılımı incelenecektir.

3.1.1. Tüm Örneklem

Araştırma için toplam 2060 öğrenciye ulaşılmıştır. Bu kişiler içinden hatalı bilgi verdiği düşünülen, yaş bilgisini vermeyen ve YBDÖ'yü doldurmayan katılımcılar çıkarılmış ve araştırmada yaşları 18 ile 25 arasında değişen 1876 kişinin verileri kullanılmıştır. Araştırmada ayrıca katılımcıların cinsiyet dağılımları, cinsiyete göre yaş ortalamaları, BKİ düzeyleri, eğitim seviyesi, gelir, çalışma ve medeni durum sıklıkları da değerlendirilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmanın %69.8'ini ($n = 1310$) kadın, %30.2'sini ($n = 566$) erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 20.47 ($SS = 1.41$) olmakla birlikte kadın katılımcıların yaş ortalaması 20.35 ($SS = 1.33$), erkek katılımcıların yaş ortalaması 20.77'dir ($SS = 1.53$). Yaş ortalamasının cinsiyete göre değişip değişmediğinin incelenmesi için Bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Buna

göre yaş ortalamasının cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaştığı bulgulanmıştır ($t_{(953.2)} = -5.736$, $p < .001$). Bir başka deyişle, kadın katılımcıların yaş ortalaması erkek katılımcılarınkinden daha düşüktür.

Tüm katılımcıların BKİ ortalaması 22.26'dır ($SS = 3.73$). Kadın katılımcıların BKİ ortalaması ise 21.59 ($SS = 3.61$) iken erkek katılımcılarınki 23.79'dur ($SS = 5.54$). BKİ ortalamasının cinsiyete göre değişip değişmediğinin incelenmesi için de Bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Buna göre BKİ ortalamasının cinsiyete göre anlamlı olarak değiştiği yani kadın katılımcıların BKİ ortalamasının erkek katılımcıların BKİ ortalamasından daha düşük olduğu bulgulanmıştır ($t_{(1859)} = -12.11$, $p < .001$).

Ayrıca, tüm katılımcıların %77.1'i üniversite birinci sınıf öğrencisi, %58.3'ü çevresi ile karşılaştırdığında gelir seviyesini orta olarak tanımlamakta, %90.6'sı çalışmamakta ve %99.7'si bekar. Cinsiyete göre demografik değişkenlerin dağılımları Tablo 1'de görülebilir.

Tablo 1: Katılımcıların yaş, BKİ, cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir durumu ve medeni durumlarının sıklık dağılımı

		Tüm Katılımcılar						Test İstatistik
		Kadın		Erkek		Toplam		
		N / $\bar{x}$ / SS		N / $\bar{x}$ / SS		N / $\bar{x}$ / SS		
Yaş	BKİ	1310 / 20.35 / 1.33		566 / 20.77 / 1.53		1876 / 20.47 / 1.41		$t_{(953,2)} = -5.736^{***}$ $t_{(1859)} = -12.11^{***}$
		1299 / 21.59 / 3.61		562 / 23.79 / 5.54		1861 / 22.26 / 3.73		
		N	%	N	%	N	%	$X^2_{(1)} = 34.549^{***}$ $X^2_{(4)} = 24.592^{***}$
Eğitim seviyesi ^a	Hazırlık	71	54.6	59	45.4	130	7	
	1. sınıf	1041	72.5	394	27.5	1435	77.1	
	2. sınıf	103	67.3	50	32.7	153	8,2	
	3. sınıf	63	67	31	33	94	5,0	
	4. sınıf	24	53.4	21	46.7	45	2,4	
	diğer	1	20	4	80	5	.03	
Gelir Durumu	Alt	7	41.2	10	58.8	17	.9	
	Alt-orta	100	59.9	67	40.1	167	9	
	Orta	789	73	292	27	1081	58.3	
	Üst-orta	371	70	159	30	530	28.6	
	Üst	34	56.7	26	43.3	60	3.2	
Çalışma Durumu	Evet	88	50.6	86	49.4	174	9.4	
	Hayır	1210	72	470	28	1680	90.6	
Medeni ^a Durum	Evli	5	83.3	1	16.7	6	.3	
	Bekar	1301	70	558	30	1859	99,7	

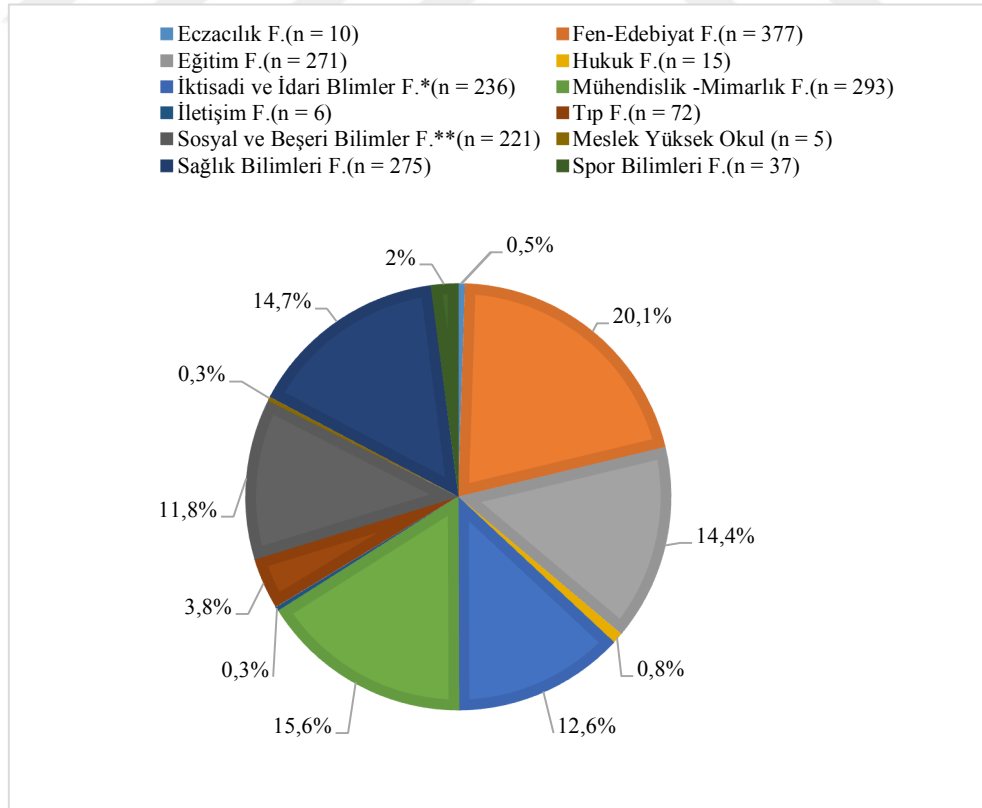
^a Vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile istatistik testi yapılamamıştır. *** $p < .001$

Araştırmanın birinci aşamasında İstanbul'da bulunan toplam 11'i devlet (%22), 40'ı vakıf (%78) olmak üzere 51 üniversiteye ulaşılması planlanmış ancak

araştırmanın uygulamasına izin veren 9'u (%28) devlet, 23'ü (%72) vakıf olmak üzere toplam 32 üniversiteden veri toplanabilmektedir. Verilerin toplandığı bölümlerin bağlı olduğu fakülteler Grafik 1'de görülmektedir.

Buna göre, katılımcıların %20.1'ini ($n = 377$) Fen-Edebiyat Fakültesi, %15.6'sını ($n = 293$) Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi, %14.7'sini ($n = 275$) Sağlık Bilimleri Fakültesi, %14.4'ünü ($n = 271$) Eğitim Fakültesi, %12.6'sını ($n = 236$) İktisadi, idari ve Sosyal Bilimler, İktisat, İşletme ve Siyasal Bilgiler Fakültesi, %11.8'ini ($n = 221$) İnsan ve Toplum, Sanat ve Sosyal Bilimler ve Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, %3.8'ini ($n = 72$) Tıp Fakültesi, %2'sini ($n = 37$) Spor Bilimleri Fakültesi, %0.8'ini ($n = 15$) Hukuk Fakültesi, %0.5'sini ($n = 10$) Eczacılık Fakültesi, %0.3'ünü ($n = 6$) İletişim Fakültesi, %0.3'ünü ($n = 5$) Meslek ve Yüksek Okul öğrencileri oluşturmaktadır. Katılımcıların %3.1'i ($n = 58$) eğitim gördüğü fakülte bilgisini vermemiştir.

Grafik 1: Katılımcıların fakültelere göre sıklık dağılımları



Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) düzeyleri de ayrıca incelenmiştir. Buna göre BKİ değerleri 14.65 - 43.94 arasında değişmekle birlikte ortalaması 22.26'dır ($SS = 3.73$). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre BKİ'nin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre kadın katılımcıların %70.3'ü, erkek katılımcıların ise %65.8'i 'Normal' BKİ aralığındadır. Kadın ve erkek öğrencilerin DSÖ'ye göre BKİ aralıkları arasındaki farklar χ^2 (Ki-kare) Bağımsızlık Testi ile karşılaştırılmış ve kadın ve erkek öğrenciler arasında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(3)} = 118.34, p < .001$). Buna göre, kilolu ve obez/morbid obez BKİ kategorilerinde yer alan erkeklerin yüzde sıklıklarının kadınlardan, zayıf ve normal BKİ kategorilerinde yer alan kadınların ise yüzde sıklık oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte katılımcıların çoğunluğu normal BKİ aralığındadır.

Tablo 2: Katılımcıların DSÖ'ye göre BKİ aralıkları

	Zayıf (18.5 altı) N (%)	Normal (18.50-24.99) N (%)	Kilolu (25.00-29.99) N (%)	Obez/Morbid Obez (30.00-39.99) N (%)	Toplam N (%)	Test İstatistiği
Kadın	215 (16.6)	912 (70.3)	138 (10.6)	33 (2.5)	1298 (100)	
Erkek	20 (3.6)	370 (65.8)	141 (25.1)	31 (5.5)	562 (100)	$\chi^2_{(3)}=118.34***$
Toplam	235 (12.6)	1282 (68.9)	279 (15)	64 (3.4)	1860 (100)	

*** $p < .001$

Katılımcılara geçmiş ve şu anı içeren fiziksel ve psikiyatrik herhangi bir hastalığı olup olmadığı da sorulmuştur. Bu doğrultuda katılımcıların %11.7'si tanısı konulmuş fiziksel bir hastalığı, %5.9'u psikiyatrik bir hastalığının olduğunu, %12.2'si daha önce psikiyatrik bir tedavi gördüğünü, %6.9'u ise fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalığa yönelik şu anda bir tedavi gördüğünü söylemiştir (Tablo 3). Cinsiyete göre dağılımlar incelendiğinde cinsiyet kategorilerindeki sıklık dağılımlarının yalnızca fiziksel hastalık durumuna göre farklılaştığı gözlenmiştir ($\chi^2_{(1)} = 5.52, p < .05$). Buna göre fiziksel hastalık bildirenler içinde kadınların oranı erkeklerden yüksek iken, fiziksel hastalık bildirmeyenler içinde erkeklere daha sık rastlanmaktadır. Öte yandan cinsiyet kategorilerindeki sıklık dağılımlarının psikiyatrik hastalık öyküsüne, önceki psikiyatrik tedavi varlığına ve şu anda

hastalıklara yönelik tedavi varlığına göre farklılaşmadığı görülmüştür (sırasıyla: $\chi^2_{(1)} = 5.52, p < .05$; $\chi^2_{(1)} = .18, p > .05$; $\chi^2_{(1)} = .06, p > .05$; $\chi^2_{(1)} = .32, p > .05$).

Tablo 3: Katılımcıların cinsiyete göre fiziksel ve psikiyatrik hastalık geçmişi

		Evet N (%)	Hayır N (%)	Toplam N (%)	Test İstatistiği
Fiziksel Hastalık	Kadın	169 (13)	1133 (87)	1302 (100)	$\chi^2_{(1)}=5.52^*$
	Erkek	51 (9.1)	507 (90.9)	558 (100)	
	Toplam	220 (11.8)	1640 (88.2)	1860 (100)	
Psikiyatrik Hastalık	Kadın	75 (5.8)	1222 (94.2)	1297 (100)	$\chi^2_{(1)}=.18$
	Erkek	35 (6.3)	522 (93.7)	557 (100)	
	Toplam	110 (5.9)	1744 (94.1)	1854 (100)	
Önceki Psikiyatrik Tedavi	Kadın	162 (12.5)	1138 (87.5)	1300 (100)	$\chi^2_{(1)}=.06$
	Erkek	67 (12.1)	489 (87.9)	556 (100)	
	Toplam	229 (12.3)	1627 (87.7)	1856 (100)	
Şu Anda Hastalıklara Yönelik Tedavi	Kadın	93 (7.2)	1205 (92.8)	1298 (100)	$\chi^2_{(1)}=.32$
	Erkek	36 (6.4)	523 (93.6)	559 (100)	
	Toplam	129 (6.9)	1728 (93.1)	1857 (100)	

* $p < .05$

Psikiyatrik hastalığı olduğunu söyleyen katılımcılar içinden psikiyatrik hastalık kategorilerine göre cinsiyet dağılımları incelendiğinde ise DSM-5'e göre Depresyon Bozuklukları ile İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar (DB ve İUİB) tanısı olduğunu söyleyenlerin %67.9'unun ($n = 19$), Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları (KB) tanısı olduğunu söyleyenlerin %82.8'inin ($n = 24$), Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar (TZBİB) tanısı olduğunu söyleyenlerin %72.2'sinin ($n = 13$), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve YB olduğunu söyleyenlerin %100'ünün ise ($n = 1$) kadın katılımcılar olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle her bir psikiyatrik hastalık içinde kadın katılımcıların oranı daha yüksektir. Bununla birlikte cinsiyete göre psikiyatrik hastalık kategorilerinin dağılımları incelendiğinde ise kadınların %35.3'ünün ($n = 24$) KB olduğu görülmekte iken, erkeklerin % 36.7'si ($n = 11$) ise DB ve İUİB, KB, TZBİB, TSSB ve YB'nin dışındaki hastalıklardan herhangi birine sahip olduğunu söylemiştir. Bu bağlamda kadınlarda en yüksek KB, erkeklerde ise en yüksek diğer psikiyatrik hastalıkların (DB ve İUİB, KB, TZBİB, TSSB ve YB dışında kalan) görüldüğünü söylenebilir.

Kadın katılımcıların toplam psikiyatrik hastalık süre ortalaması 36.66 ay ($SS = 28.09$), erkek katılımcıların ise 46.48 aydır ($SS = 35.46$). Toplam psikiyatrik hastalık süre ortalamalarının cinsiyete göre değişip değişmediğinin incelenmesi için

parametrik olmayan *Mann Whitney U* testi uygulanmış ve cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($U = 654.5$ (K *Mdn* = 36, E *Mdn* = 36), $p > .05$). Psikiyatrik hastalığı olduğunu söyleyen katılımcıların hastalıklarının cinsiyete göre dağılımları, hastalık süresi ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4'te görülebilir.

Tablo 4: Psikiyatrik hastalık bildiren katılımcıların cinsiyete göre psikiyatrik hastalık kategorilerindeki sıklık dağılımları ile hastalık süre ortalama ve standart sapma değerleri

	Psikiyatrik Hastalıklar							Hastalık Süresi
	DB ve İÜİB	KB	TZBİB	TSSB	YB	Diğer	Toplam	$\bar{x}$ / SS
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Kadın^{a,b}	19 (27.9)	24 (35.3)	13 (19.1)	1 (1.5)	1 (1.5)	10 (14.7)	68 (100)	36.66 / 28.09
^c	(%67.9)	(%82.8)	(%72.2)	(%100)	(%100)	(%47.6)	(%69.4)	
Erkek^{a,b}	9 (30)	5 (16.7)	5 (16.7)	0	0	11 (36.7)	30.6 (100)	46.48 / 35.46
^c	(%32.1)	(%17.2)	(%27.8)			(%52.4)	(%30.6)	
Toplam^{a,b}	28 (28.6)	29 (29.6)	18 (18.4)	1 (1)	1 (1)	21 (21.4)	98 (100)	39.28 / 30.34
^c	(%100)	(%100)	(%100)	(%100)	(%100)	(%100)	(%100)	

^a Vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile istatistik testi yapılamamıştır. ^b Cinsiyete göre psikiyatrik hastalık kategorilerinin yüzde sıklık dağılımı, ^c Psikiyatrik hastalık kategorilerine göre cinsiyetin yüzde sıklık dağılımı

DB ve İÜİB: Depresyon Bozuklukları ile İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar, **KB:** Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları, **TZBİB:** Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar, **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu, **YB:** Yeme Bozuklukları

Araştırmanın betimsel bulguları kapsamında ayrıca katılımcıların YBDÖ'nün toplamından ve K, YİE, KİE ile BİE alt testlerinden; BBÖMOA'nın toplamından ve BGG, Yüz, BÜ ile Gövde alt testlerinden; FGDSKÖ'nün Akranlar bölümü ve Modeller /ünlüler bölümü toplamından; son olarak da TMBSÖ'den almış oldukları puanların cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmiştir. Söz konusu karşılaştırmalara dair tanımsal istatistikler Tablo 5'te sunulmuştur. Buna göre; kadınların YBDÖ açısından toplam YB semptom düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu ($t_{(1239.6)}=6.55$, $p < .001$), yeme kısıtlama miktarlarının, yeme, kilo ve bedenleri ile ilgili endişelerinin erkeklerden daha yüksek olduğu (sırasıyla; $t_{(1874)}=3.65$, $p < .001$; $t_{(1245.5)}=5.89$, $p < .001$; $t_{(1294.3)}=6.75$, $p < .001$; $t_{(1294.3)}=6.96$, $p < .001$); BBÖMOA açısından hem genel olarak bedenlerinden erkeklere göre daha memnuniyetsiz oldukları ($t_{(982.1)}=-4.71$, $p < .001$) hem de beden genel görünümü ve

gövdelerinden erkeklere göre daha memnuniyetsiz oldukları (sırasıyla; $t_{(1860)}=-7.67, p < .001$; $t_{(1864)}=-5.56, p < .001$); FGDSKÖ Akranlar bölümü açısından kendilerini akranları, iş arkadaşları ve tanıdıkları diğer hemcinsleri ile erkeklere göre daha çok kıyasladıkları ($t_{(1796)}=-3.09, p < .01$); FGDSKÖ Modeller/ünlüler bölümü açısından kendilerini modeller, aktrisler ve diğer ünlü kişilerle erkeklere göre daha çok kıyasladıklarını ($t_{(1791)}=-2.67, p < .01$); TMBSÖ açısından da erkeklerden daha düşük benlik saygısına sahip oldukları ($t_{(1853)}=-5.31, p < .001$) görülmektedir. Ancak, iki cinsiyet arasında BBÖMOA açısından yüz ve BÜ memnuniyet düzeylerine göre anlamlı bir farklılık bulgulanamamıştır (sırasıyla; $t_{(1057.4)}=-.33$; $t_{(1057.4)}=-1.69, p > .05$).

Tablo 5: Katılımcıların cinsiyete göre YBDÖ toplam ve K, YİE, KİE ile BİE alt testleri puanları; BBÖMOA toplam ve BG, Yüz, BÜ ile Gövde alt testleri puanları; FGDSKÖ'nün Akranlar ve Modeller bölümü toplam puanları ile TMBSÖ puanlarının ortalama, standart sapma ve test istatistik değerleri

	Cinsiyet	N	$\bar{x} / SS$	Test İstatistiği
YBDÖ Toplam	Kadın	1310	1.43 / 1.18	$t_{(1239,6)}=6.55^{***}$
	Erkek	566	1.08 / 1.01	
	Toplam	1876	1.33 / 1.14	
YBDÖ Kısıtlama (K)	Kadın	1310	1.33 / 1.37	$t_{(1874)}=3.65^{***}$
	Erkek	566	1.07 / 1.35	
	Toplam	1876	1.25 / 1.37	
YBDÖ Yeme ile ilgili Endişeler (YİE)	Kadın	1310	.85 / 1.02	$t_{(1245,5)}=5.89^{***}$
	Erkek	566	.58 / .87	
	Toplam	1876	.77 / .98	
YBDÖ Kilo ile ilgili Endişeler (KİE)	Kadın	1310	1.64 / 1.41	$t_{(1294,3)}=6.75^{***}$
	Erkek	566	1.22 / 1.16	
	Toplam	1876	1.52 / 1.35	
YBDÖ Beden ile ilgili Endişeler (BİE)	Kadın	1310	1.90 / 1.46	$t_{(1228,3)}=6.96^{***}$
	Erkek	566	1.44 / .26	
	Toplam	1876	1.76 / 1.42	
BBÖMOA Toplam	Kadın	1308	3.66 / .61	$t_{(982,1)}=-4.71^{***}$
	Erkek	563	3.81 / .66	
	Toplam	1871	3.71 / .63	
BBÖMOA Beden Genel Görünümü (BGG)	Kadın	1302	3.35 / .74	$t_{(1860)}=-7.67^{***}$
	Erkek	560	3.64 / .80	
	Toplam	1862	3.43 / .77	
BBÖMOA Yüz	Kadın	1306	3.85 / .66	$t_{(943,4)}=-.33$
	Erkek	562	3.86 / .75	
	Toplam	1868	3.86 / .69	
BBÖMOA Beden Üyeleri (BÜ)	Kadın	1297	3.96 / .79	$t_{(1855)}=-1.69$
	Erkek	560	4.02 / .79	
	Toplam	1857	3.98 / .79	
BBÖMOA Gövde	Kadın	1305	3.48 / .84	$t_{(1864)}=-5.56^{***}$
	Erkek	561	3.72 / .86	
	Toplam	1866	3.55 / .85	
FGDSKÖ Akranlar	Kadın	1253	47.1 / 15.45	$t_{(1796)}=-3.09^{**}$
	Erkek	545	49.51 / 14.57	
	Toplam	1798	47.83 / 15.22	
FGDSKÖ Modeller	Kadın	1252	53.74 / 19.66	$t_{(1791)}=-2.67^{**}$
	Erkek	541	56.44 / 19.58	
	Toplam	1793	54.55 / 19.67	
TMBSÖ	Kadın	1301	3.49 / .97	$t_{(1853)}=-5.31^{***}$
	Erkek	554	3.76 / 1.02	
	Toplam	1855	3.57 / .99	

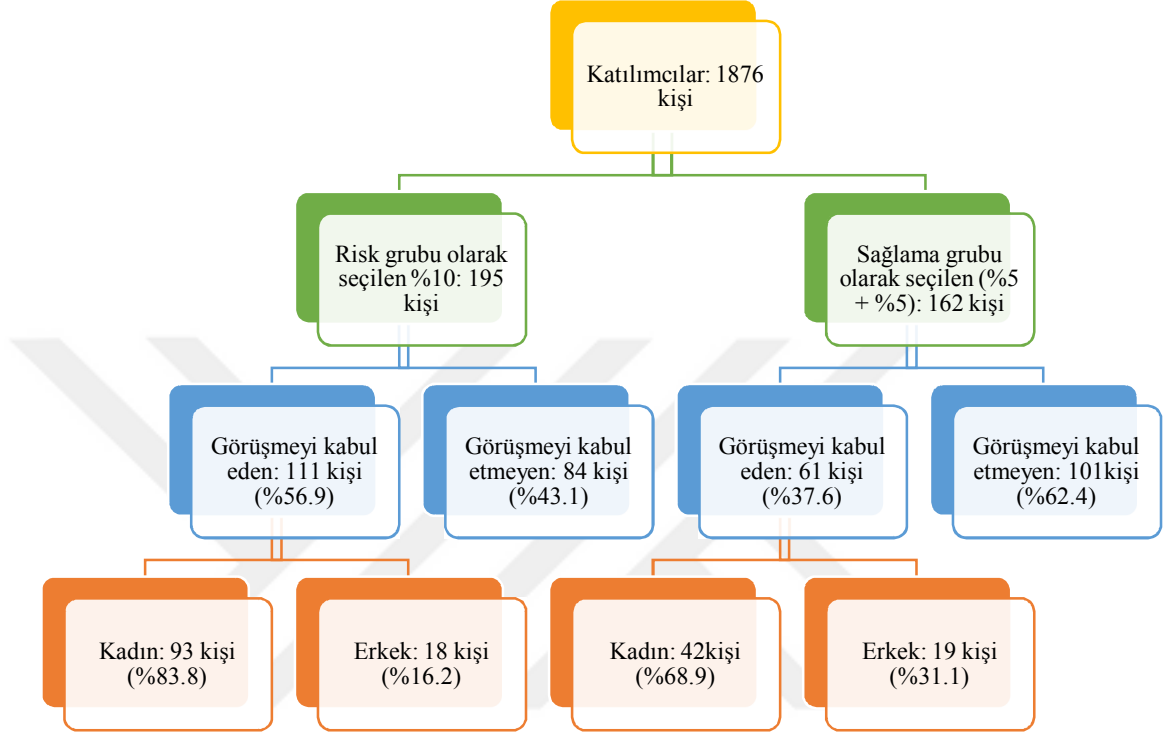
YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, BBÖMOA: Beden Bölge ve Özelliklerinden Memnun Olma Anketi, TMBSÖ: Tek Maddelik Benlik Saygısı Ölçeği; FGDSKÖ: Fiziksel Görünüme Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği

3.1.2. YBDÖ'ye Göre Risk ve Sağlama Grubundaki Katılımcıların Özellikleri ve Dağılımları

Araştırmanın birinci amacı olan risk grubunu belirlemek için yöntem bölümünde de belirtildiği üzere yeme davranışındaki bozulmayı ölçen YBDÖ'den alınan puanlar doğrultusunda analizler yapılmıştır. İlk olarak 1876 katılımcı arasından YBDÖ'den en yüksek puanı alarak %10'luk dilim içinde kalan 187 kişi seçilmiştir. Ancak vaka kayıpları göz önüne alınarak 195 kişi ile iletişime geçilmiştir. İletişime geçilen kişiler içinden 111 kişi gönüllü olarak yüz yüze görüşme yapmayı kabul etmiştir (Şekil 12). 111 katılımcının %83.8'i ($n = 93$) kadın, %16.2'si ($n = 18$) erkektir. Yaş ortalaması 20.42'dir ($SS = 1.45$).

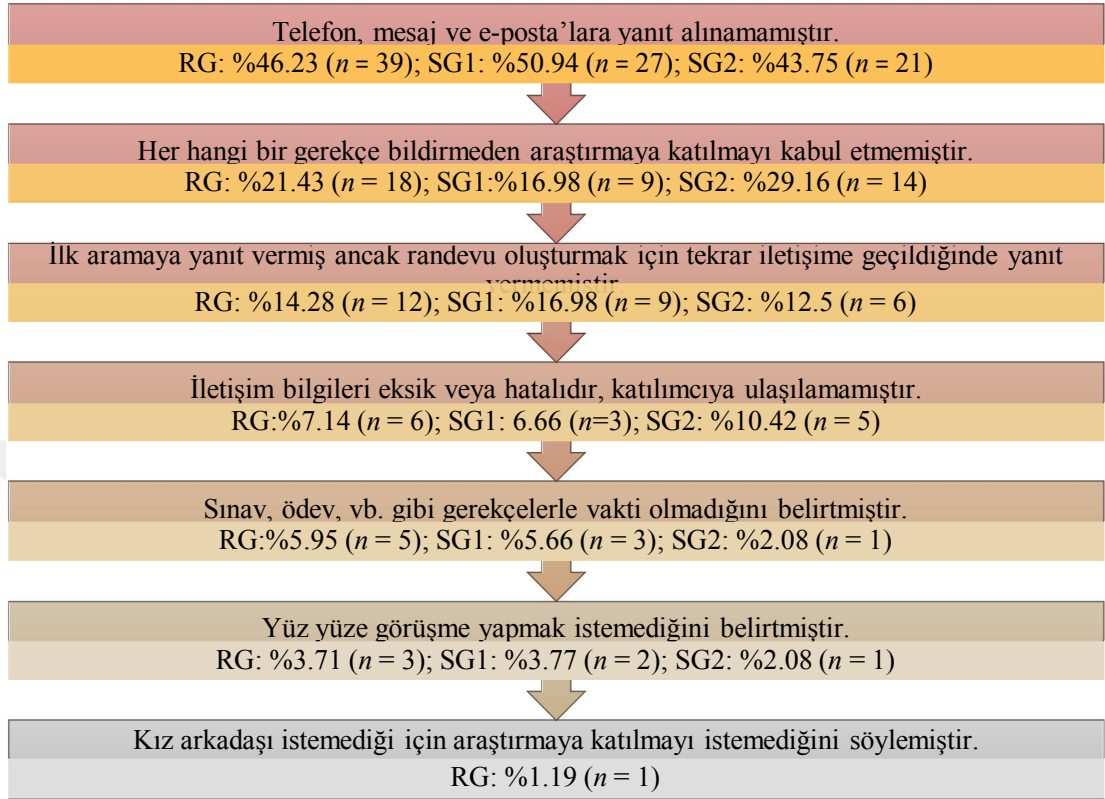
Sağlama grubu katılımcıları ise YBDÖ'nün hatalı ölçüm yapma ihtimalini en aza indirebilmek için %5'lik yalancı negatiflik (false negative) oranı dikkate alınarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda risk grubu dışında kalan (1876 – 187) 1689 katılımcı içinden, %5 oranında, 85 kişi rastgele seçilmiş ancak sadece 32 kişi gönüllü olarak yüz yüze görüşmeyi kabul ettiği için kalan katılımcılardan ikinci bir %5'lik dilim daha seçilmiştir (77 kişi). Seçilen ikinci dilim gruptan da 29 kişi gönüllü olarak yüz yüze görüşmeyi kabul etmiştir. Böylece toplam katılımcı sayısı 61'e ulaşmıştır (Şekil 12). Sağlama grubu katılımcılarının %68.9'u ($n = 42$) kadın, %31.1'i ($n = 19$) erkektir. Yaş ortalaması 20.46'dır ($SS = 1.25$).

Şekil 12: Araştırmanın birinci amacı doğrultusunda DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) ile yüz yüze yapılan klinik görüşmeyi kabul eden ve etmeyen kişilerin dağılımları



Bununla birlikte hem risk hem de sağlama grubu katılımcılarından klinik görüşmeye katılmak istemeyen kişilerin dağılımları ve gerekçeleri incelenmiştir. Buna göre, risk grubunda yer alan katılımcıların %43.08'i ($n = 84$), sağlama grubu için seçilen ilk %5'lik dilimde yer alan katılımcıların %62.35'i ($n = 53$), ikinci %5'lik dilimde yer alan katılımcıların da %62.34'ü ($n = 48$) yüz yüze görüşme yapmayı kabul etmemiştir. Görüşme yapmayı kabul etmeyen kişilerin gerekçeleri risk grubu (RG), sağlama grubu için seçilen ilk %5'lik dilim (SG1) ve ikinci %5'lik dilim (SG2) için Şekil 13'de açıklanmıştır.

Şekil 13: Yüz Yüze Görüşmeye Katılmak İstemeyen Kişilerin Gerekçeleri



RG: Risk Grubu, SG1: Sağlama grubu için seçilen ilk %5'lik dilim; SG2: Sağlama grubu için seçilen ikinci %5'lik dilim

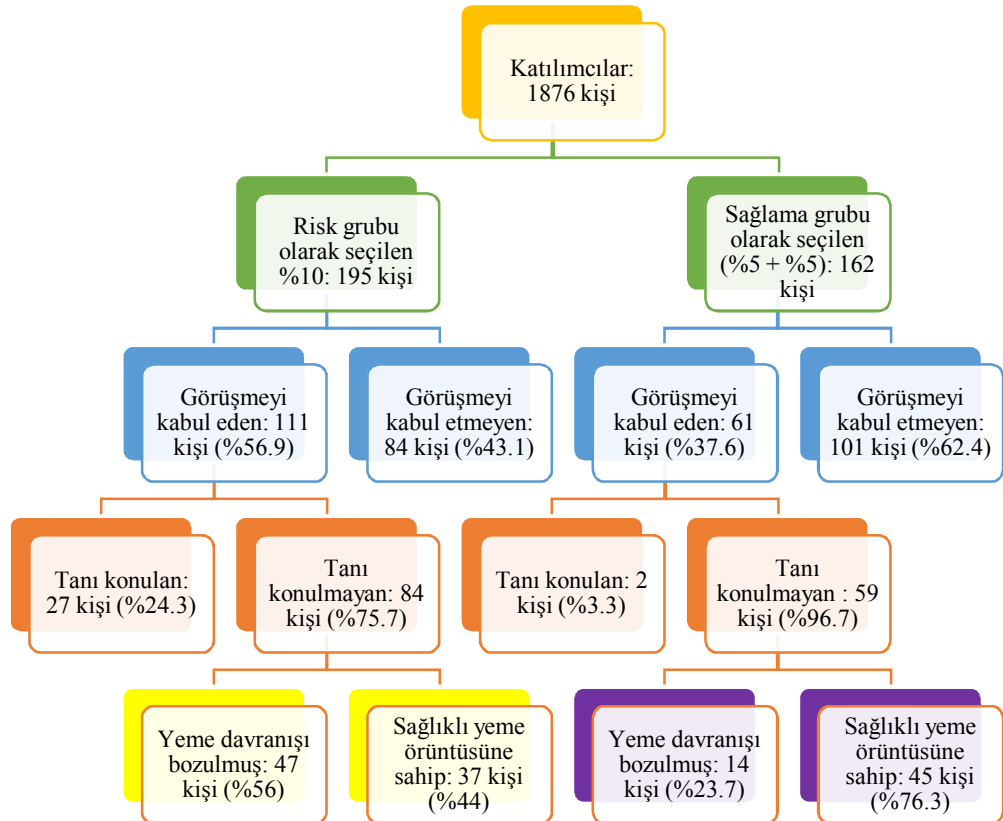
3.2. Birinci Amaç, İkinci Aşama ile ilgili Betimsel Analizlere ve Hipotezlere Dair Bulgular

Bu bölümde DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) kullanılarak yapılmış olan yüz yüze tanısal görüşmeler sonucunda belirlenen üç farklı yeme grubunun (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) dağılımlarına yönelik betimleyici analizler incelenecek, hipotezler ve araştırma soruları ele alınacaktır.

3.2.1. Klinik Görüşme Sonrasında Belirlenen Farklı Yeme Gruplarının Sıklık Dağılımı

Araştırmanın birinci amacının ikinci aşamasında DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) ile yüz yüze yapılan YB tanı tarama görüşmesi sonucunda risk ve sağlama grubu katılımcıları tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar olarak 3 gruba ayrılmıştır. Buna göre risk grubunun %56.9'u ($n = 111$), sağlama grubunun ise %37.6'sı ($n = 61$) yüz yüze görüşmeye alınmıştır. Risk grubunda görüşmeyi kabul eden kişilerin %24.3'üne ($n = 27$), sağlama grubunun ise %3.3'üne ($n = 2$) tanı konulmuştur. Tanı konulmayan ancak yeme davranışı bozulmuş olan kişi sayısı risk grubunun %56'sını ($n = 47$), sağlama grubunun ise %23.7'sini ($n = 14$) oluşturmaktadır (Şekil 14).

Şekil 14: Araştırmanın birinci amacı doğrultusunda DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) ile yüz yüze yapılan klinik görüşme sonucu elde edilen dağılımlar



YB tanısı konulma oranının risk ve sağlama grupları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği kategoriler içinde vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı nedeni ile *Fisher's Exact Testi (Fisher'in Kesinlik Testi)* yapılarak karşılaştırılmıştır. Buna göre iki grup arasında YB tanısı kategorilerindeki sıklık dağılımları açısından anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p = .000$) (Tablo 6). Risk grubu katılımcılarına sağlama grubu katılımcılarından daha fazla tanı konulduğu, sağlama grubu katılımcılarına ise risk grubu katılımcılarına göre daha az tanı konulduğu görülmüştür.

Tablo 6: Risk ve Sağlama grubu arasında DSM-5'e göre YB tanısı konulma dağılımı

		DSM-5'e göre YB Tanısı			Test İstatistik
		Tanı var N (%)	Tanı yok N (%)	Toplam N (%)	
Gruplar	Risk Grubu	27 (24.3)	84 (75.7)	111 (100)	$p = .000$
	Sağlama Grubu	2 (3.3)	59 (96.7)	61 (100)	
	Toplam	29 (16.9)	143 (83.1)	172 (100)	

3.2.2. Birinci Amaç, İkinci Aşama Hipotezlerine Dair Bulgular

Hipotez 1a. Birinci aşamada YBDÖ'ye göre risk grubunda olduğu tespit edilen kişilerde, ikinci aşamada DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin oranları, YBDÖ'ye göre sağlama grubu olarak belirlenen kişilerde tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin oranlarından yüksek olacaktır.

Risk ve sağlama grubunda olup tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; risk grubundaki katılımcıların %24.3'üne ($n = 27$) tanı konulduğu, %42.4'ünün ($n = 47$) tanı konulmadığı halde yeme davranışında bozulma olduğu; sağlama grubundaki katılımcıların ise %3'üne ($n = 2$) tanı konulduğu, %23'ünün ($n = 14$) tanı konulmadığı halde yeme davranışında

bozulma olduğu bulgulanmıştır (Tablo 7). Farklı yeme gruplarına göre risk ve sağlama grupları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile bakılamamıştır. Ancak yine de Tablo 7'de de görüldüğü gibi risk ve sağlama grubu sıklık dağılımlarının *Hipotez 1a*'da beklendiği gibi olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda *Hipotez 1a*'nın desteklendiği söylenebilir.

Tablo 7: Risk ve Sağlama gruplarında olup tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların cinsiyete göre sıklık dağılımı

		Tanı konulanlar N (%)	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar N (%)	Sağlıklı yeme örüntüleri olanlar N (%)	Toplam N (%)
Risk Grubu	Kadın	27 (29)	42 (45.2)	24 (25.8)	93(100)
	Erkek	0	5 (27.8)	13 (72.2)	18 (100)
	Toplam	27 (24.3)	47 (42.4)	37 (33.3)	111 (100)
Sağlama Grubu	Kadın	0	10 (23.8)	32 (76.2)	42 (100)
	Erkek	2 (10.5)	4 (21.1)	13 (68.4)	19 (100)
	Toplam	2 (3.2)	14 (23)	45 (73.8)	61 (100)
Genel Toplam		29 (16.8)	61 (35.5)	82 (47.7)	172 (100)

Hipotez 1b. Birinci aşamada YBDÖ'ye göre risk grubunda olduğu belirlenen kişilerde, ikinci aşamada DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerin oranları YBDÖ'ye göre sağlama grubu olarak belirlenen kişilerde sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlardan düşük olacaktır.

Birinci aşamada YBDÖ'ye göre risk grubunda olduğu belirlenen ve yüz yüze görüşme yapılan katılımcıların %33.3'ü ($n = 37$), sağlama grubunda yer alan katılımcıların ise %73.8'i ($n = 45$) sağlıklı yeme örüntülerine sahiptir. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olmaya göre risk ve sağlama grupları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile bakılamamıştır. Ancak yukarıda yer alan Tablo 7'de de görüldüğü üzere risk grubu katılımcılarında sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların oranı sağlama grubu katılımcılarından düşüktür. Bu doğrultuda *Hipotez 1b*'nin de desteklendiği söylenebilir.

3.2.3. Birinci Amaç İkinci Aşama ile ilgili Araştırma Soruları ve Cevapları

Bu bölümde birinci araştırma sorusu kapsamında sağlama ve risk gruplarında DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre farklı yeme gruplarında olduğu belirlenen kişilerin (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) dağılımları cinsiyete göre incelenecek; ikinci araştırma sorusu kapsamında ise risk ve sağlama grupları ile DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) kullanılarak yüz yüze yapılan klinik görüşme sonucunda tanı konulan grubun YB alt tipleri incelenecektir.

SORU 1. *Sağlama ve risk gruplarında DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre farklı yeme gruplarında olduğu belirlenen kişilerin (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) dağılımları cinsiyete göre nasıldır?*

Risk ve sağlama grubunda olup tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların araştırmanın birinci amacı kapsamında yer alan birinci sorusu bağlamında cinsiyete göre dağılımları incelenmiştir. Buna göre risk grubundaki kadın üniversite öğrencilerinin %29'una ($n = 27$) tanı konulduğu, %45.2'sinin ($n = 42$) tanı konulmadığı halde yeme davranışının bozulmuş olduğu, %25.8'inin ($n = 24$) ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu bulgulanmıştır. Erkek üniversite öğrencilerinde ise tanı konulan kimse yokken, %27.8'inin ($n = 5$) tanı konulmadığı halde yeme davranışının bozulmuş olduğu, %72.2'sinin ($n = 13$) sağlıklı yeme örüntülerinin olduğu görülmüştür. Sağlama grubunda yer alan kadın üniversite öğrencilerinin %76.2'sinin ($n = 32$), erkek üniversite öğrencilerinin de %68.4'ünün ($n = 13$) sağlıklı yeme örüntülerine sahip bulgulanmıştır. Risk ve sağlama grupları içinde cinsiyete göre farklı yeme grupları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile bakılamamıştır (Tablo 7). Ancak cinsiyete göre farklı yeme gruplarının dağılımlarının da yer aldığı

yukarıdaki Tablo 7 incelendiğinde, risk grubunda yer alıp tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kadınların oranının tanı konulan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlardan daha yüksek olduğu, risk grubunda yer alıp sağlıklı yeme örüntülerine sahip erkeklerin oranının ise tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlardan daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Sağlama grubunda ise hem kadın hem erkek katılımcılar içinde sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların oranının diğer iki yeme grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ek olarak araştırmada risk ve sağlama grubundaki katılımcılar arasında tanı konulanların, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların YBDÖ'ye göre dağılımları da incelenmiştir. Buna göre, risk grubunda olup tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerin YBDÖ'den 3.03 – 5.48 ($\bar{x} = 3.79$, $SS = .60$) aralığında, sağlama grubundaki kişilerin ise 0.03 – 3.01 ($\bar{x} = 1.33$, $SS = .83$) aralığında puan aldığı bulgulanmıştır. Yani DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre farklı yeme gruplarında olduğu belirlenen risk grubundaki ve sağlama grubundaki kişiler YBDÖ'ye göre farklı puan aralıklarından seçilmiştir.

Risk ve sağlama gruplarında tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip kişilerin YBDÖ'de hangi puan aralıklarına dağıldığının belirlenebilmesi için her bir grubun puan ortalaması alınmış ve 1 standart sapma değeri geriye giderek YBDÖ puan aralıkları oluşturulmuştur. Buna göre risk grubunda olan ve puanı 5.48-4.85 arasında olan kişilerin % 44.4'üne ($n = 4$) tanı konulduğu, %22.2'sinin ($n = 2$) tanı konulmadığı halde yeme davranışının bozulmuş olduğu, %33.3'ünün (3) ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu; puanı 4.84-4.24 arasında olan kişilerin %13.3'üne ($n = 2$) tanı konulduğu, %66.7'sinin ($n = 10$) tanı konulmadığı halde yeme davranışının bozulmuş olduğu, %20'sinin (3) ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu; puanı 4.23-3.64 arasında olan kişilerin %27.6'sına ($n = 8$) tanı konulduğu, %27.6'sının ($n = 8$) tanı konulmadığı halde yeme davranışının bozulmuş olduğu, %44.8'inin ($n =$

13) ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu; puanı 3.63-3.03 aralığında olan kişilerin ise %22.4'üne ($n = 13$) tanı konulduğu, %46.6'sının ($n = 27$) tanı konulmadığı halde yeme davranışının bozulmuş olduğu, %31'inin (18) ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu bulgulanmıştır (Tablo 8). Bu doğrultuda, risk grubunda yer alıp YBDÖ puan aralığı 3.03-3.63 ve 3.64-4.23 olan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ile sağlıklı yeme davranışına sahip olanlar grubunda yer alan katılımcıların toplam oranının en az %72'nin üstünde olduğunu (sırasıyla, %77.6 ($n = 40$); %72.6 ($n = 16$)); puan aralığı 4.24-4.84 ve 4.85-5.48 olan ve tanı konulan ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar grubunda yer alan katılımcıların toplam oranının ise en az % 66'nın üstünde olduğu görülmektedir (sırasıyla, %80 ($n = 12$); %66.6 ($n = 6$)). Dolayısıyla yeme bozukluğu belirtileri yükseldikçe YBDÖ puanlarının yükseldiği düşünüldüğünde 4.24 ve üstü puan aralığında tanı konulan ve/veya tanı konulmasa bile yeme davranışlarında ciddi düzeyde bozulma olan daha fazla sayıda katılımcının yer aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 8: Risk grubunda yer alıp tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olarak ayrılan katılımcıların YBDÖ'den aldıkları puanlara göre dağılımı

<i>RİSK GRUBU</i>				
YBDÖ Puan aralığı	Tanı konulanlar N (%)	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar N (%)	Sağlıklı yeme örüntüleri olanlar N (%)	Toplam N (%)
3.03 - 3.63	13 (22.4)	27 (46.6)	18 (31)	58 (100)
3.64 - 4.23	8 (27.6)	8 (27.6)	13 (44.8)	29 (100)
4.24 - 4.84	2 (13.3)	10 (66.7)	3 (20)	15 (100)
4.85 - 5.48	4 (44.4)	2 (22.2)	3 (33.3)	9 (100)
Toplam	27 (24.3)	47 (42.3)	37 (33.3)	111 (100)

Sağlama grubunda yer alan katılımcılar incelendiğinde ise YBDÖ puan aralığı 2.55-3.01 olan kişilerin tamamının sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu, puan aralığı 1.71-2.54 olan kişilerin %10.5'ine ($n = 2$) tanı konulduğu, %78.9'unun ($n = 15$) sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu; puan aralığı .87-1.7 olan kişilerin %72.2'sinin sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu, %27.8'inin ($n = 5$) tanı konulmadığı halde yeme davranışında bozulmalar olduğu, puan aralığı .03-.86 olan kişilerin ise %66.6'sının ($n = 14$) sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu, %33.3'ünün ($n = 7$) tanı konulmadığı halde yeme davranışında bozulmalar olduğu

bulgulanmıştır (Tablo 9). Bu doğrultuda sağlama grubu katılımcılarının YBDÖ'den aldıkları puan aralıklarına bakıldığında; tüm puan aralıklarında sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerin sıklık dağılımlarının tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin sıklık dağılımlarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 9: Sağlama grubunda yer alıp tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olarak ayrılan katılımcıların YBDÖ'den aldıkları puanlara göre dağılımı

SAĞLAMA GRUBU				
YBDÖ Puan aralığı	Tanı konulanlar N (%)	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar N (%)	Sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanlar N (%)	Toplam N (%)
.03 - .86	0	7 (33.3)	14 (66.6)	21 (100)
.87 - 1.7	0	5 (27.8)	13 (72.2)	18 (100)
1.71 - 2.54	2 (10.5)	2 (10.5)	15 (78.9)	19 (100)
2.55 - 3.01	0	0	3 (100)	3 (100)
Toplam	2 (3.3)	14 (23)	45 (73.7)	61 (100)

SORU 2. Yüz yüze yapılan DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre YB tanısı konulan kişilerin YB alt tipleri olan AN, BN, TYB, Eşikaltı AN, Eşikaltı BN ve TBYB'nin sıklığı ve cinsiyete göre dağılımları nasıldır?

Araştırma kapsamında katılımcılarla yüz yüze tanı görüşmesi yapılmış ve YB tanısı konulma sıklığı incelenmiştir. Buna göre risk grubundaki 111 katılımcının %75.7'sine ($n = 84$) herhangi bir tanı konulmadığı görülmüştür. Bununla birlikte tanı konulan katılımcıların %2.7'sine ($n = 3$) AN, %1.8'ine ($n = 2$) BN, %3.6'sına ($n = 4$) TYB, %0.9'una ($n = 1$) Eşikaltı AN, %5.4'üne ($n = 6$) Eşikaltı BN, %7.2'sine ($n = 8$) Eşikaltı TYB, %2.7'sine ($n = 3$) ise TBYB tanısı konulmuştur. Konulan tanının cinsiyete göre dağılımı Tablo 10'da gösterilmektedir. Buna göre risk grubunda değerlendirilen erkek katılımcıların hiçbirine tanı konulmamakla birlikte en yüksek tanı oranının Eşikaltı TYB olduğu görülmektedir.

Sağlama grubunda yer alan 61 katılımcı incelendiğinde ise katılımcıların %96.7'sine ($n = 2$) tanı konulmadığı, %1.6'sına ($n = 1$) Eşikaltı TYB, %1.6'sına da

($n = 1$) TBYB tanısı konulduğu görülmüştür. Sağlama grubunda tanı konulan katılımcıların tamamını erkekler oluşturmaktadır (Tablo 10).

Tablo 10: Risk grubu ve sağlama grubu katılımcılarının cinsiyete göre yeme bozukluğu tanı dağılımları

		AN N (%)	BN N (%)	TYB N (%)	Eşikaltı AN N (%)	Eşikaltı BN N (%)	Eşikaltı TYB N (%)	TBYB N (%)	Tanı konulmayan N (%)	Toplam N (%)
Risk Grubu	Kadın	3 (3.2)	2 (2.2)	4 (4.3)	1 (1.1)	6 (6.5)	8 (8.6)	3 (3.2)	66 (71)	93 (100)
	Erkek	0	0	0	0	0	0	0	18 (100)	18 (100)
	Toplam	3 (2.7)	2 (1.8)	4 (3.6)	1 (0.9)	6 (5.4)	8 (7.2)	3 (2.7)	84 (75.7)	111 (100)
Sağlama Grubu	Kadın	0	0	0	0	0	0	0	42 (100)	42 (100)
	Erkek	0	0	0	0	0	1 (5.3)	1 (5.3)	17 (89.5)	19 (100)
	Toplam	0	0	0	0	0	1 (1.6)	1 (1.6)	59 (96.7)	61 (100)
Tüm grup		3 (1.7)	2 (1.2)	4 (2.3)	1 (0.6)	6 (3.5)	9 (5.2)	4 (2.3)	143 (83.2)	172 (100)

AN: Anoreksiya Nervosa, BN: Bulimiya Nervosa, TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, TBYB: Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

SORU 3. DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre YB tanısı konulan grupta YB alt tipleri olan AN, BN, TYB, Eşikaltı AN, Eşikaltı BN ve TBYB'nin sıklığı ve cinsiyete göre dağılımları tüm örneklem üzerinden nasıldır?

Değerlendirilen 1876 öğrenci arasında herhangi bir YB görülme nokta yaygınlığı %1.55 ($n = 29$) olarak bulunmuştur. YB tanısı konulan kişilerin %93.1'i ($n = 27$) kadın, %6.9'u ($n = 2$) erkektir. AN için nokta yaygınlığı %0.16 ($n = 3$), BN için %0.11 ($n = 2$), TYB için %0.21 ($n = 4$), Eşikaltı AN için %0.05 ($n = 1$), Eşikaltı BN için %0.32 ($n = 6$), Eşikaltı TYB için %0.48 ($n = 9$), TBYB için ise %0.21'dir ($n = 4$). Erkekler içinde AN, BN, TYB, Eşikaltı AN ve Eşikaltı BN tanısı konulan kimse yoktur. Kadınlar içinde ise, AN için nokta yaygınlığı %0.23 ($n = 3$), BN için %0.15 ($n = 2$), TYB için %0.31 ($n = 4$), Eşikaltı AN için %0.08 ($n = 1$), Eşikaltı BN için %0.46'dır ($n = 6$). Eşikaltı TYB ve TBYB tanısı hem kadınlara hem de erkeklere konulmuştur. Buna göre, Eşikaltı TYB nokta yaygınlığı kadınlarda %0.61 ($n = 8$), erkeklerde %0.18 ($n = 1$); TBYB nokta yaygınlığı ise kadınlarda %0.23 ($n = 3$), erkeklerde %0.18'dir ($n = 1$). Kadınlar içinde herhangi bir YB nokta yaygınlığı 2.06 ($n = 27$), erkekler içinde %0.35'tir ($n = 2$) (Tablo 11). Bir başka deyişle, kadınlarda herhangi bir YB yaygınlığı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bununla

birlikte, hem kadınlar hem de tüm katılımcılar arasında yaygınlık oranı en yüksek YB alt tipinin Eşikaltı TYB olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11: Tüm örnekleimde YB'nin cinsiyete göre nokta yaygınlığı (n = 1876, 1310 kadın, 566 erkek)

	AN N (%)	BN N (%)	TYB N (%)	Eşikaltı AN N (%)	Eşikaltı BN N (%)	Eşikaltı TYB N (%)	TBYB N (%)	Toplam N (%)
Kadın	3 (0.23)	2 (0.15)	4 (0.31)	1 (0.08)	6 (0.46)	8 (0.61)	3 (0.23)	27 (2.06)
Erkek	0	0	0	0	0	1 (0.18)	1 (0.18)	2 (0.35)
Toplam YB	3 (0.16)	2 (0.11)	4 (0.21)	1 (0.05)	6 (0.32)	9 (0.48)	4 (0.21)	29 (1.55)

AN: Anoreksiya Nervosa, BN: Bulimiya Nervosa, TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, TBYB: Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu, YB: Yeme Bozukluğu

3.3. İkinci Amaç ile İlgili Betimsel Analizlere Dair Bulgular

Risk ve sağlama gruplarında yer alan toplam 172 kişinin DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formuna (EDA-5) göre değerlendirilmesinin sonucunda katılımcıların %16.8'ine ($n = 29$) tanı konulduğu, %35.5'inin ($n = 61$) tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan, %47.7'sinin ($n = 82$) ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerden oluştuğu görülmektedir.

Bu bölümde öncelikle risk ve sağlama grubu olarak ayırmaksızın tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerin eğitim aldıkları fakültelere ve bölümlere göre dağılımları incelenecek, ardından yaş ve BKİ ortalama ve standart sapma değerleri ile birlikte cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir durumu, çalışma durumu ve medeni durum sıklık dağılımları ele alınacaktır. Sonrasında ise fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar, uzman kontrolünde diyet veya spor yapma, sosyal medya kullanım sıklığı, sosyal medya kullanımına ayrılan süre, Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.), yeme bozukluğu semptom düzeyi, beden görünümünden memnuniyetsizlik, benlik saygısı düzeyi ve akranlar ile modeller/ünlülerle fiziksel görünüş yoluyla yapılan sosyal karşılaştırma gibi

sosyodemografik ve klinik özelliklere yönelik betimsel analizler incelenecektir. Ancak tanı konulan grubun içindeki erkek katılımcı sayısı azlığı ($n = 2$) nedeni ile tüm değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmalarda cinsiyete göre farklılaşma analize dahil edilmeyecektir.

Araştırmanın birinci amacı ikinci aşaması doğrultusunda DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5)'na göre yüz yüze yapılan klinik görüşme sonucunda farklı yeme gruplarında olduğu belirlenen kişilerin (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) % 91'i ($n = 156$) vakıf, %9'u ($n = 16$) devlet üniversitesine devam etmektedir. Toplam 26 farklı üniversiteden data toplanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunu vakıf üniversitesi öğrencileri oluşturmaktadır (Grafik 2).

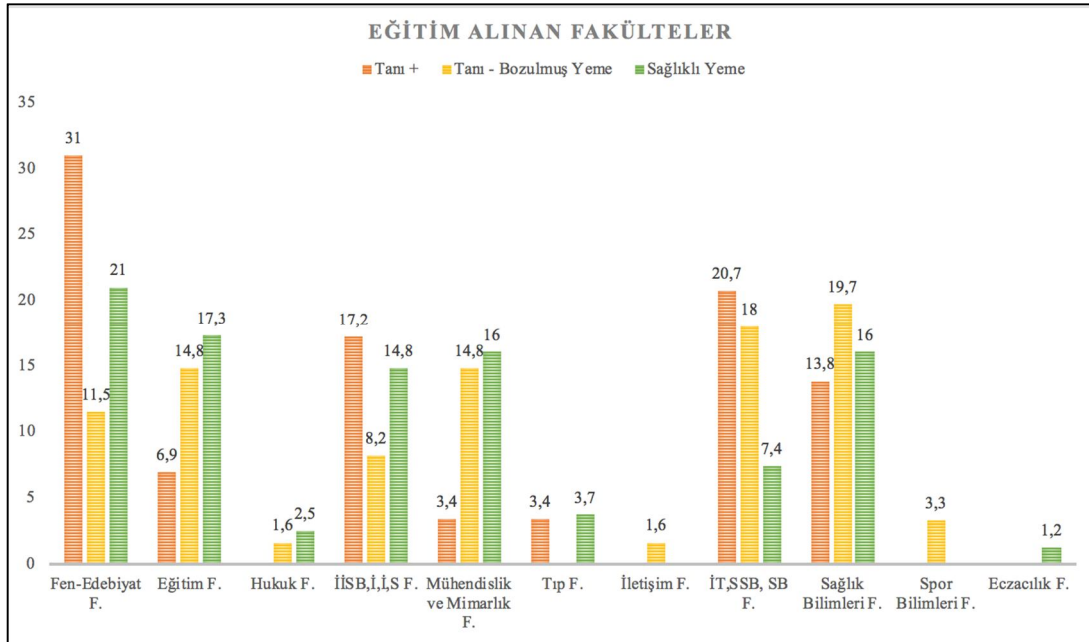
Tanı konulan grubun eğitim aldıkları fakülteler incelendiğinde katılımcıların %31'inin ($n = 9$) Fen-Edebiyat Fakültesi, %20.7'sinin ($n = 6$) İnsan ve Toplum, Sanat ve Sosyal Bilimler ve Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, %17.2'sinin ($n = 5$) İktisadi, idari ve Sosyal Bilimler, İktisat, İşletme ve Siyasal Bilgiler Fakültesi, %13.8'inin ($n = 4$) Sağlık Bilimleri Fakültesi, %6.9'unun ($n = 2$) Eğitim Fakültesi, %3.4'ünün ($n = 1$) Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi ve ($n = 1$) Tıp Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır (Grafik 2). Tanı konulan grup içinde katılımcıların çoğunluğunun beşeri ve sosyal bilimleri kapsayan fakültelerden olduğu görülmekle birlikte %3.4'ü ($n = 1$) eğitim gördüğü fakülte bilgisini vermemiştir.

Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun eğitim aldıkları fakülteler incelendiğinde katılımcıların %19.7'sinin ($n = 12$) Sağlık Bilimleri Fakültesi, %18'inin ($n = 11$) İnsan ve Toplum, Sanat ve Sosyal Bilimler ve Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, %14.8'inin ($n = 9$) Eğitim Fakültesi ve Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi ($n = 9$), %11.5'inin ($n = 7$) Fen-Edebiyat Fakültesi, %8.2'sinin ($n = 5$) İktisadi, idari ve Sosyal Bilimler, İktisat, İşletme ve Siyasal Bilgiler Fakültesi, %3.3'ünün ($n = 2$) Spor Bilimleri Fakültesi, %1.6'sını ($n = 1$) Hukuk Fakültesi ve ($n = 1$) İletişim Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır (Grafik 2). Bu grubun çoğunluğunun da beşeri ve sosyal bilimler ile sağlık bilimlerini

kapsayan fakültelerde eğitim aldıkları görülmektedir. Katılımcıların %6.6'sı ($n = 4$) ise eğitim gördüğü fakülte bilgisini vermemiştir.

Sağlıklı yeme örüntülerine sahip grubun eğitim aldıkları fakülteler incelendiğinde ise %20.7'sinin ($n = 17$) Fen-Edebiyat Fakültesi, %17.1'inin ($n = 14$) Eğitim Fakültesi, %15.9'unun ($n = 13$) Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi ve ($n = 13$) Sağlık Bilimleri Fakültesi, %14.6'sının ($n = 12$) İktisadi, idari ve Sosyal Bilimler, İktisat, İşletme ve Siyasal Bilgiler Fakültesi, %7.3'ünün ($n = 6$) İnsan ve Toplum, Sanat ve Sosyal Bilimler ve Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, %3.7'sinin ($n = 3$) Tıp Fakültesi, %2.4'ünün ($n = 2$) Hukuk Fakültesi, %1.2'sinin ($n = 1$) Eczacılık Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Yani sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun devam ettiği fakültelerin hem beşeri ve sosyal bilimler hem de fen ve sağlık bilimlerini kapsadığı görülmektedir (Grafik 2). Katılımcıların ise %1.2'si ($n = 1$) yine eğitim gördüğü fakülte bilgisini vermemiştir.

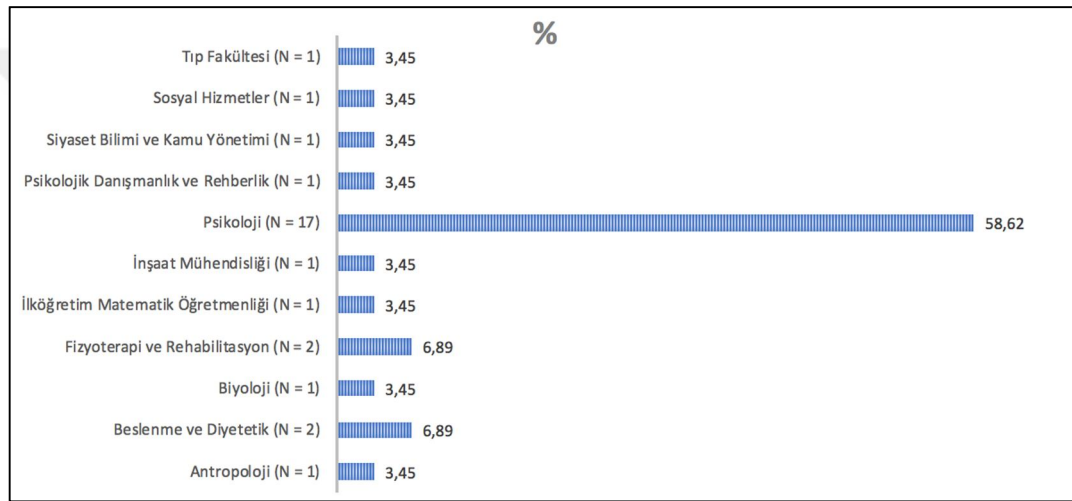
Grafik 2: Yüz yüze yapılan klinik görüşme sonrasında tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olarak gruplara ayrılan katılımcıların fakültelere göre sıklık dağılımı



İİSB,İ,İ,SF: İktisadi, idari ve Sosyal Bilimler, İktisat, İşletme ve Siyasal Bilgiler Fakültesi;
İT,SSB,SBF: İnsan ve Toplum, Sanat ve Sosyal Bilimler ve Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi

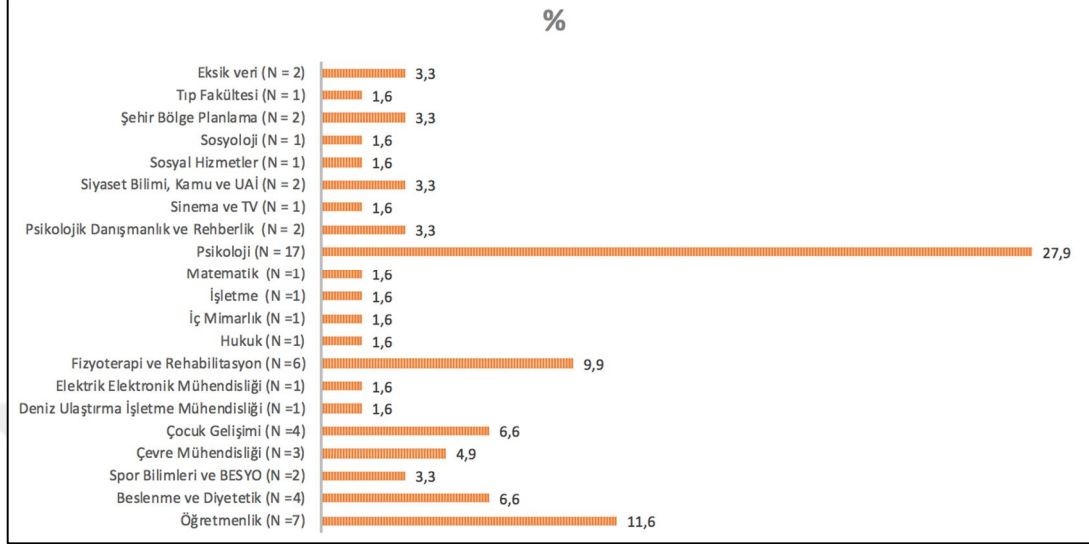
Katılımcıların eğitim aldıkları fakültelere ek olarak bölümleri de incelenmiştir. Buna göre tanı konulan grup içinde yer alan 29 katılımcının %58.62'sinin ($n = 17$) Psikoloji bölümüne, %6.89'unun ($n = 2$) Beslenme ve Diyetetik, %6.89'unun ($n = 2$) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümüne devam ettiği bulgulanmıştır. Tanı konulan grupta yer alan katılımcıların büyük çoğunluğunun psikoloji bölümüne devam ettiği görülmektedir (Grafik 3).

Grafik 3: Tanı konulan grubun eğitime devam ettiği bölümlerin sıklık dağılımları



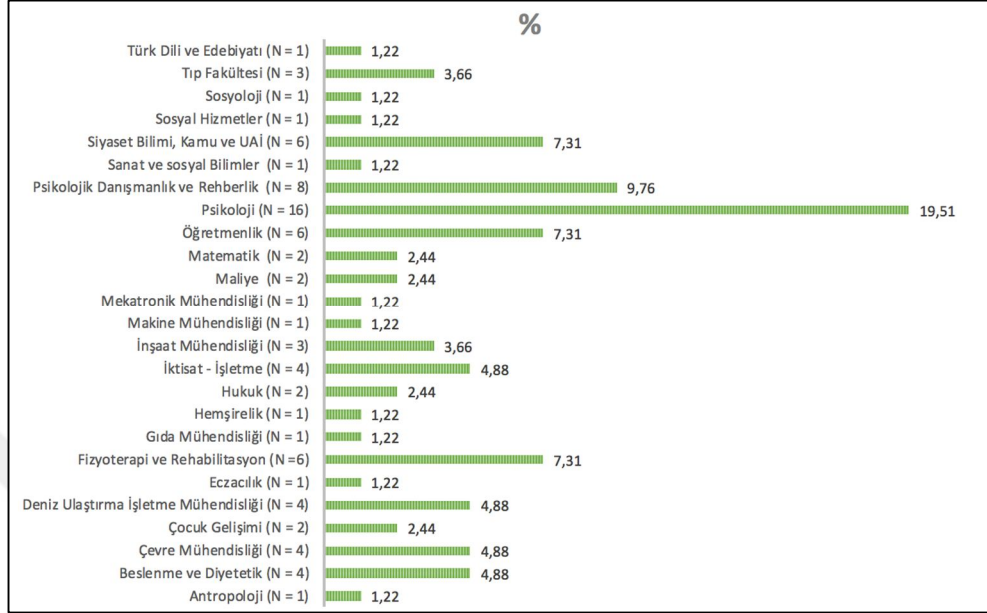
Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup içinde yer alan 61 katılımcının eğitime devam ettiği bölümler incelendiğinde, öğrencilerin %27.9'unun ($n = 17$) Psikoloji Bölümüne, %11.6'sının ($n = 7$) Öğretmenlik bölümlerinden birine, %9.9'unun ($n = 6$) da Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümüne devam ettiği bulgulanmıştır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin eğitime devam ettikleri en yüksek bölüm oranının psikoloji bölümü olması ile birlikte bu grupta yer alan kişilerin farklı bölümlere de dağıldıkları görülebilir (Grafik 4).

Grafik 4: Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun eğitimine devam ettiği bölümlerin sıklık dağılımları



Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup içinde yer alan 82 katılımcının eğitimine devam ettiği bölümler incelendiğinde ise, öğrencilerin %19.51'inin ($n = 16$) Psikoloji bölümüne, %9.76'sının ($n = 8$) Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik bölümüne devam ettiği bulgulanmıştır. Bu grupta, psikoloji bölümü ile psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümü oranı çoğunluğu oluşturmakla birlikte sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların farklı bölümlere de dağıldığı görülmektedir (Grafik 5).

Grafik 5: Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun eğitimine devam ettiği bölümlerin sıklık dağılımları



Yaşları 18-25 yaş arasında değişen, klinik görüşme sonrasında üç ayrı yeme grubuna ayrılan (tanı konulan, tanı konulmadığı halde bozulmuş yeme davranışı olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip) katılımcıların sosyodemografik özellikleri cinsiyete göre incelendiğinde, tanı konulan grubun %93.1'inin ($n = 27$), tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun %85.2'sinin ($n = 52$), sağlıklı yeme örüntülerine sahip grubun %68.3'ünün ($n = 56$) kadın olduğu bulgulanmıştır. Tanı konulan grubun yaş ortalaması 20.7 ($SS = 1.7$); tanı konulmadığı halde bozulmuş yeme davranışları olan grubun yaş ortalaması 20.5 ($SS = 1.2$); sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların yaş ortalaması ise 20.3'tür ($SS = 1.4$). Yaş ortalamasının üç farklı yeme grubuna (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) göre değişip değişmediğinin incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Buna göre, farklı yeme gruplarında olan kişilerin yaşa göre anlamlı olarak farklılaşmadığı bulgulanmıştır ($F_{(2,169)} = .566, p > .05$) (Tablo 12). Başka bir deyişle, üç yeme grubunda yer alan katılımcıların yaş ortalamaları birbirine benzemektedir.

Tablo 12: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların yaşa göre ortalama ve standart sapma değerleri

YAŞ	Tanı konulanlar N / $\bar{x}$ / SS	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar N / $\bar{x}$ / SS	Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar N / $\bar{x}$ / SS	Toplam N / $\bar{x}$ / SS
Kadın	27/20.6/1.7	52/20.4/1.2	56/20.2/1.1	135/20.4/1.3
Erkek	2/22/0	9/21/1.7	26/20.5/1.8	37/20.7/1.7
Toplam	29/20.7/1.7	61/20.5/1.2	82/20.3/1.4	172/20.4/1.4

Grupların BKİ'leri incelendiğinde ise; tanı konulan grubun BKİ ortalaması 23.1 ($SS = 1.4$), tanı konulmadığı halde bozulmuş yeme davranışları olan grubun BKİ ortalaması 24.6 ($SS = 5$), sağlıklı yeme örüntüsüne sahip grubun BKİ ortalaması ise 24.3'tür ($SS = 4.3$) (Tablo 13). BKİ ortalamasının üç farklı yeme grubuna (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) göre değişip değişmediğinin incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Buna göre üç farklı yeme grubu arasında BKİ açısından anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($F_{(2,169)} = 1.022, p > .05$) (Tablo 13). Bir başka deyişle, tüm grubun BKİ ortalamaları incelendiğinde birbirinden farklı değerlere sahip oldukları görülse bile gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulgulanmıştır.

Tablo 13: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre BKİ ortalama ve standart sapma değerleri

BKİ	Tanı konulanlar N / $\bar{x}$ / SS	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar N / $\bar{x}$ / SS	Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar N / $\bar{x}$ / SS	Toplam N / $\bar{x}$ / SS
Kadın	27/22.9/4.1	52/23.9/4.7	56/23.5/4.1	135/25.5/4.3
Erkek	2/25.9/1.7	9/28.5/5.4	26/25.9/4.4	37/26.5/4.6
Toplam	29/23.1/4	61/24.6/5	82/24.3/4.3	172/24.2/4.5

Grupların eğitim seviyesi incelendiğinde; tanı konulan grubun %75.9'unun ($n = 22$), tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan grubun %78.7'sinin ($n = 48$), sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun %84.1'inin ($n = 69$) 1. sınıf öğrencisi olduğu görülmektedir. Bu kapsamda, üç grupta da en yüksek sıklık dağılımının birinci sınıf öğrencilerinde olduğu söylenebilir (Tablo 14).

Grupların gelir seviyesi incelendiğinde; tanı konulan grubun %51.7'sinin ($n = 15$), tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan grubun %54.1'inin ($n = 33$), sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olan grubun %56.1'nin ($n = 46$) kendilerini çevresindekilerle karşılaştırdığında orta gelir seviyesinde olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, üç grup için de en yüksek sıklık dağılımının orta seviyede gelir sahibi olduğunu bildiren katılımcılarda olduğu söylenebilir (Tablo 14).

Grupların çalışma durumu incelendiğinde; tanı konulan grubun %92.6'sının ($n = 25$), tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan grubun %85.2'sinin ($n = 52$), sağlıklı yeme örüntülerine sahip grubun %92.6'sının ($n = 75$) çalışmadığı yani üç grupta da çalışmayıp üniversiteye devam eden öğrencilerin yüksek oranda olduğu söylenebilir (Tablo 14).

Grupların medeni durumuna bakıldığında ise tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan grubun tamamının, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun ise %97.6'sının ($n = 80$) bekar olduğu bulgulanmıştır. Bir başka deyişle, üç grupta da yer alan katılımcıların tamamına yakını bekardır.

Yukarıda sıklık dağılımları verilen her bir sosyodemografik değişken kategorilerine göre grup ve cinsiyet dağılımları açısından 5 vakanın altında hücreler bulunduğundan söz konusu dağılımların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar yaratıp yaratmadığı incelenememiştir (Tablo 14).

Tablo 14: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre eğitim seviyesi, gelir durumu, çalışma durumu ve medeni durum kategorilerindeki sıklık dağılımları

		Tanı konulanlar			Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar			Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar		
		Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
		N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %
Eğitim seviyesi ^a	Hazırlık	0	0	0	2/3.8	1/11.1	3/4.9	1/1.8	3/11.5	4/4.9
	1. sınıf	22/81.5	0	22/75.9	43/82.7	5/55.6	48/78.7	49/87.5	20/76.9	69/84.1
	2. sınıf	4/14.8	1/50	5/17.2	4/7.7	1/11.1	5/8.2	3/5.4	0	3/3.7
	3. sınıf	0	1/50	1/3.4	2/3.8	2/22.2	4/6.6	3/5.4	0	3/3.7
	4. sınıf	1/3.7	0	1/3.4	1/1.9	0	1/1.6	0	3/11.5	3/3.7
	Toplam	27/100	2/100	29/100	52/100	9/100	61/100	56/100	26/100	82/100
Gelir Durumu ^a	Alt	0	0	0	0	0	0	1/1.8	1/3.8	2/2.4
	Alt-orta	2/7.4	1/50	3/10.3	5/9.6	3/33.3	8/13.1	9/16.1	2/7.7	11/13.4
	Orta	15/55.6	0	15/51.7	31/59.6	2/22.2	33/54.1	31/55.4	15/57.7	46/56.1
	Üst-orta	9/33.3	1/50	10/34.5	14/26.9	4/44.4	18/29.5	13/23.2	7/26.9	20/24.4
	Üst	1/3.7	0	1/3.4	2/3.8	0	2/3.3	2/3.6	1/3.8	3/3.7
Çalışma Durumu ^a	Toplam	27/100	2/100	29/100	52/100	9/100	61/100	56/100	26/100	82/100
	Evet	2/8	0	2/7.4	7/13.5	2/22.2	9/14.8	2/3.6	4/15.4	6/7.4
	Hayır	23/92	2/100	25/92.6	45/86.5	7/77.8	52/85.2	53/96.4	22/84.6	75/92.6
	Toplam	25/100	2/100	27/100	52/100	9/100	61/100	55/100	26/100	81/100
Medeni Durum ^a	Evli	0	0	0	0	0	0	2/3.6	0	2/2.4
	Bekar	27/100	2/100	29/100	52/100	9/100	61/100	54/96.4	26/100	80/97.6
	Toplam	27/100	2/100	29/100	52/100	9/100	61/100	56/100	26/100	82/100

^a Vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile istatistik testi yapılamamıştır.

Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kadın ve erkek katılımcıların DSÖ'ye göre BKİ kategorilerindeki sıklık dağılımları da ayrıca incelenmiştir. Tanı konulan kategorisinin içindeki katılımcıların %10.3'ü ($n = 3$) zayıf olup, bunların tamamı kadındır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar kategorisinde olanların % 4.9'u ($n = 3$) zayıf olup, yine tamamı kadınlardan oluşmaktadır. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar grubunda ise zayıf olanlar grubun %3.7'sini ($n = 3$) oluşturmakta ve katılımcıların yaklaşık %67'si ($n = 2$) kadınları kapsamaktadır. Bir başka deyişle tanı konulan gruptan sağlıklı gruba ilerledikçe zayıf kategorisinde yer alanların oranı azalmakta olup, zayıf kategorisinde yer alan erkeklerin de oranının arttığı söylenebilir (Tablo 15).

Tanı konulan kategorisinin içindeki katılımcıların %69'u ($n = 20$) normal BKİ'ye sahip olup, %95'ini ($n = 19$) kadınlar oluşturmaktadır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar kategorisinde olanların %55.7'si ($n = 34$)

normal BKİ'ye sahip olup, yine bu grubun %94.1'ini ($n = 32$) kadınlar oluşturmaktadır. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar kategorisinde yer alanlarda ise normal BKİ'ye sahip olanlar grubun %63.4'ünü ($n = 52$) oluşturmakta ve katılımcıların %76.9'unu ($n = 40$) yine kadınlar kapsamaktadır. Bu bağlamda her üç yeme grubunda yer alan katılımcıların büyük çoğunluğunun (en az % 55'i) normal BKİ aralığında olduğu ve tanı konulan gruptan sağlıklı yeme örüntülerine sahip gruba doğru ilerledikçe normal BKİ aralığında yer alan erkek katılımcıların oranlarının arttığı söylenebilir (Tablo 15).

Tanı konulan kategorisi içindeki katılımcıların %13.8'i ($n = 4$) fazla kilolu BKİ aralığında olup, %75'ini ($n = 3$) kadınlar oluşturmaktadır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar kategorisindekilerin %29.5'i ($n = 18$) fazla kilolu BKİ aralığında olup, yine bu grubun %72.2'sini ($n = 13$) kadınlar oluşturmaktadır. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlarda ise fazla kilolu BKİ aralığında olanlar grubun %20.7'sini ($n = 17$) oluşturmakta ve katılımcıların %52.9'unu ($n = 9$) kadınlar kapsamaktadır. Bu doğrultuda, tanı konulan gruptan sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruba doğru ilerlerken fazla kilolu BKİ aralığında olan kadınların oranlarının düştüğünü, erkeklerin ise arttığı söylenebilir (Tablo 15).

Tanı konulan kategorisi içindeki katılımcıların %6.9'u ($n = 2$) obez ve morbid obez BKİ aralığında olup tamamını kadınlar oluşturmaktadır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olanlar kategorisindekilerin %9.8'i ($n = 6$) obez ve morbid obez BKİ aralığında olup % 66.7'sini ($n = 4$) kadınlar oluşturmaktadır. Sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanlar kategorisinde yer alanların ise % 12.2'sini ($n = 10$) obez ve morbid obez BKİ aralığında olanlar oluşturmakta ve katılımcıların %50'sini ($n = 5$) kadınlar oluşturmaktadır. Ayrıca, tanı konulan grupta obez ve morbid obez kategorisinde yer alan erkeklerin sıklığı %0 iken, tanı konulmamasına rağmen yeme davranışı bozulmuş olan grupta obez ve morbid obez kategorisinde yer alan erkeklerin sıklığı %9.8, sağlıklı yeme örüntülerine sahip grupta obez ve morbid obez kategorisinde yer alan erkeklerin sıklığı %12.2 olduğu

görülmüştür. Bu bağlamda, tanı konulan gruptan sağlıklı yeme örüntülerine sahip gruba doğru giderken erkeklerin oranında bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 15).

Yukarıda sıklık dağılımları verilen BKİ kategorilerine göre grup ve cinsiyet dağılımları açısından 5 vakanın altında hücreler bulunduğundan söz konusu dağılımların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar yaratıp yaratmadığı incelenememiştir (Tablo 15).

Tablo 15: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre DSÖ BKİ kategorilerindeki sıklık dağılımları

	Tanı konulanlar			Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar			Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar			
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	
	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	
BKİ	Zayıf (18.5 altı)	3/100	0	3/10.3	3/100	0	3/4.9	2/66.7	1/33.3	3/3.7
	Normal (18.50-24.99)	19/95	1/5	20/69	32/94.1	2/5.9	34/55.7	40/76.9	12/23.1	52/63.4
	Fazla Kilolu (25.00-29.99)	3/75	1/25	4/13.8	13/72.2	5/27.8	18/29.5	9/52.9	8/47.1	17/20.7
	Obez ve Morbid (30.00-49.99)	2/100	0	2/6.9	4/66.7	2/33.3	6/9.8	5/50	5/50	10/12.2
	Toplam	27/93.1	2/6.9	29/100	52/85.2	9/14.8	61/100	56/68.3	26/31.7	82/100

^a Vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile istatistik testi yapılamamıştır.

Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip kadın ve erkek katılımcıların fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı da ele alınmış ve bu kategorilerdeki sıklık dağılımları incelenmiştir. Fiziksel hastalık kategorisi içinde tanı konulan grubun %20.7'si ($n = 6$) fiziksel bir hastalığı olduğunu bildirirken bu grubun %83.5'ini ($n = 6$) kadınlar oluşturmaktadır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun %20'sini ($n = 12$) fiziksel hastalığı olanlar oluşturmakta ve bunun %91.7'sini ($n = 11$) kadınlar kapsamaktadır. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip grubun ise %17.1'i ($n = 14$) fiziksel hastalığı olduğunu bildirmekte ve bu grubun da %85.7'sini ($n = 12$) kadınlar oluşturmaktadır. Fiziksel hastalık dağılımlarına göre üç farklı yeme grubu ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($\chi^2_{(2)} = .285, p > .05$). Ancak Tablo 16'da da görüldüğü üzere tanı konulan gruptan sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruba doğru geçildikçe fiziksel hastalık sıklığının düştüğü,

fiziksel hastalığı olmadığını söyleyen erkeklerin ise sıklığının yükseldiği söylenebilir.

Psikiyatrik hastalık kategorisi içinde tanı konulan grubun %14.6'sı ($n = 4$) psikiyatrik bir hastalığı olduğunu bildirirken tamamı kadınları kapsamaktadır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun %16.4'ü ($n = 10$) psikiyatrik hastalığı olanlar olup bunun %90'ını kadınlar oluşturmaktadır. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip grubun ise %3.7'sini ($n = 3$) psikiyatrik hastalığı olanlar oluşturmakta ve bunun %66.7'sini ($n = 12$) erkekler oluşturmaktadır. Bu üç farklı yeme grubu içinde 5 vakanın altında hücreler bulunduğundan söz konusu dağılımların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar yaratıp yaratmadığı incelenememiştir. Ancak Tablo 16'da da görüldüğü üzere sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun psikiyatrik hastalık sıklıkları, tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan gruptan daha düşük ancak sağlıklı yeme örüntüsü içinde psikiyatrik hastalığı olduğunu söyleyen erkeklerin sıklığının ise diğer iki gruptan daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 16: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre fiziksel hastalık ve psikiyatrik hastalık kategorilerindeki sıklık dağılımları

		Tanı konulanlar			Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar			Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar			Gruplar Arası Test İstatistik Değerleri
		Kadın N / %	Erkek N / %	Toplam N / %	Kadın N / %	Erkek N / %	Toplam N / %	Kadın N / %	Erkek N / %	Toplam N / %	
Fiziksel Hastalık	Evet	5/83.3	1/16.7	6/20.7	11/91.7	1/8.3	12/20	12/85.7	2/14.3	14/17.1	$\chi^2_{(2)} = .285$
	Hayır	22/95.7	1/4.3	23/79.3	40/83.3	8/16.7	48/80	44/64.7	24/35.3	68/82.9	
	Toplam	27/93.1	2/6.9	29/100	51/85	9/15	60/100	56/68.3	26/31.7	82/100	
Psikiyatrik Hastalık ^a	Evet	4/100	0	4/14.6	9/90	1/10	10/16.4	1/33.3	2/66.7	3/3.7	
	Hayır	21/91.3	2/8.7	23/85.2	43/84.3	8/15.7	51/83.6	55/70.5	23/29.5	78/96.3	
	Toplam	25/92.6	2/7.4	27/100	52/85.2	9/14.8	61/100	56/69.1	25/30.9	81/100	

^a Vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile istatistik testi yapılamamıştır.

Araştırma kapsamında psikiyatrik hastalık kategorileri de ele alınmıştır. Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kadın ve erkek katılımcıların DSM-5'e göre psikiyatrik tanı kategorilerindeki sıklık dağılımları incelendiğinde; tanı konulan ve sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanlar grubunda DB ve İÜİB'nin olmadığı, tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan grubun ise %37.5'inde ($n = 3$) olduğu ve bu grubun da %66.7'sini ($n = 2$) kadınların oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu üç farklı yeme

grubu içinde bazılarında hiç vaka bulunmadığı bazılarında ise 5 vakanın altında hücreler bulunduğundan söz konusu dağılımların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar yaratıp yaratmadığı incelenememiştir. Ancak Tablo 17’de de görüldüğü üzere DB ve İÜİB sadece tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta ve kadınlar arasında daha yüksek sıklıkta bulgulanmıştır.

Tanı konulanların tamamında ve tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olanların %37.5’inde ($n = 3$) ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun ise %33.3’ünde ($n = 1$) KB bulunmakta ve bu grupların tamamı kadınlardan oluşmaktadır. Bu üç farklı yeme grubu içinde bazılarında hiç vaka bulunmadığı bazılarında ise 5 vakanın altında hücreler bulunduğundan söz konusu dağılımların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar yaratıp yaratmadığı incelenememiştir. Ancak Tablo 17’de de görüldüğü üzere tanı konulanlardan sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruba doğru ilerledikçe KB kategorisinde yer alanların oranının azaldığı söylenebilir.

Tanı konulanların tamamında ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların %25’inde ($n = 2$) TZBİB bulunmakta ve bu grupların tamamı kadınları kapsamaktadır. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip grupta ise TZBİB bulunmaktadır. Bu üç farklı yeme grubu içinde bazılarında hiç vaka bulunmadığı bazılarında ise 5 vakanın altında hücreler bulunduğundan söz konusu dağılımların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar yaratıp yaratmadığı incelenememiştir. Ancak Tablo 17’de de görüldüğü üzere tanı konulanlardan sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruba doğru ilerledikçe TZBİB kategorisinde yer alan katılımcıların sıklığının azaldığı söylenebilir.

Tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta DSM-5’te DB ve İÜİB, KB, TZBİB, TSSB ve YB dışında kalan diğer psikiyatrik hastalıkların kategorilerinden herhangi biri görülmemiştir. Ancak sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun %66.7’sinde ($n = 2$) diğer bozukluklar tespit edilmiştir. Bu grubun ise tamamı erkekleri kapsamaktadır. Bu üç farklı yeme grubu içinde bazılarında hiç vaka bulunmadığı, bazılarında ise 5 vakanın altında hücreler

bulunduğundan söz konusu dağılımların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar yaratıp yaratmadığı incelenememiştir.

Tablo 17: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre DSM-5 psikiyatrik hastalıklar kategorilerindeki sıklık dağılımları

		Tanı konulanlar			Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar			Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar		
		Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
		N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %
Psikiyatrik Hastalıklar ^a	DB ve İUİB	0	0	0	2/66.7	1/33.3	3/37.5	0	0	0
	KB	2/100	0	2/50	3/100	0	3/37.5	1/100	0	1/33.3
	TZBİB	2/100	0	2/50	2/100	0	2/25	0	0	0
	Diğer	0	0	0	0	0	0	0	2/100	2/66.7
	Toplam	4/100	0	4/100	7/87.5	1/12.5	8/100	1/33.3	2/66.7	3/100

DB ve İUİB: Depresyon Bozuklukları ile İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar, **KB:** Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları, **TZBİB:** Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar, ^a Vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile istatistik testi yapılamamıştır.

Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozuk olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip kadın ve erkek katılımcıların uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklık dağılımları da ayrıca incelenmiştir. Buna göre, tanı konulan grubun %24.1'i ($n = 7$) uzman kontrolünde diyet veya spor yapmakta, bu grubun tamamını kadınlar oluşturmaktadır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların %20'si ($n = 12$) uzman kontrolünde diyet veya spor yapmakta ve bu grubun %75'ini ($n = 9$) kadınlar oluşturmaktadır. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların ise %14.8'i ($n = 12$) uzman kontrolünde diyet veya spor yapmakta ve bu grubun %41.7'si ($n = 5$) kadınları kapsamaktadır. Uzman kontrolünde diyet ve spor yapma dağılımlarına göre üç farklı yeme grubu ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($X^2_{(2)} = 5.149, p > .05$). Ancak Tablo 18'de de görüldüğü üzere tanı konulan gruptan sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruba doğru ilerledikçe uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklığı düşmekle birlikte erkeklerin uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklıkları artmaktadır.

Tablo 18: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklık dağılımı

		Tanı konulanlar			Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar			Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar			Gruplar Arası Test İstatistik Değerleri
		Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	
		N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	
Uzman kontrolünde diyet veya spor yapma	Evet	7/100	0	7/24.1	9/75	3/25	12/20	5/41.7	7/58.3	12/14.8	$\chi^2_{(2)} = 5.149$
	Hayır	20/90.9	2/9.1	22/75.9	42/87.5	6/12.5	48/80	50/72.5	19/27.5	69/85.2	
	Toplam	27/93.1	2/6.9	29/100	51/85	9/15	60/100	55/69.9	26/32.1	81/100	

Araştırma katılımcılarına sosyal medya kullanımı ile ilgili sorular sosyodemografik soru formu ile sorulmuştur. Katılımcıların sosyal medya hesabının olup olmadığı “Herhangi bir sosyal medya üyeliğiniz var mı? 1) Evet 2) Hayır” sorusu ile, bir günde sosyal medya kullanımına ayırdıkları süre “Sosyal medya sitelerinde bir gün içinde toplam kaç saat süre harcarsınız?” sorusu ve Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.) hesap sayısı ise “Instagram ya da facebook hesabınızdan beden görünümü ile ilgili takip ettiğiniz kaç hesap vardır (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.)? 1) Instagram/facebook hesabım yok. 2) Hesabım var ama bu tür hesap takip etmiyorum. 3) 1-5 arası 4) 5-10 arası 5) 10’dan fazla” sorusu kullanılarak ölçülmüştür.

Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip kadın ve erkek katılımcıların sosyal medya kullanım sıklık dağılımları incelendiğinde; tanı konulan grubun %96.6’sının ($n = 28$) sosyal medya kullandığı ve bu grubun %96.4’ünü ($n = 27$) kadınların oluşturduğu; tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun %98.3’ünün ($n = 59$) sosyal medya kullanımının olduğu ve bunun %84.7’sini ($n = 50$) kadınları kapsadığı; sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun ise tamamının sosyal medya kullanımının olduğu ve bu grubun da %68.3’ünü kadınların oluşturduğu görülmüştür. Bu üç farklı yeme grubu içinde bazılarında hiç vaka bulunmadığı bazılarında ise 5 vakanın altında hücreler bulunduğundan söz konusu dağılımların istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar yaratıp yaratmadığı incelenememiştir. Ancak Tablo 19’da

görüldüğü üzere her üç grupta da katılımcıların neredeyse tamamı sosyal medya kullanıcısıdır.

Tablo 19: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre sosyal medya kullanım sıklık dağılımı

		Tanı konulanlar			Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar			Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar		
		Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
		N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %
Sosyal Medya Kullanımı ^a	Evet	27/96.4	1/3.6	28/96.6	50/84.7	9/15.3	59/98.3	56/68.3	26/31.7	82/100
	Hayır	0	1/100	1/3.4	1/100	0	1/1.7	0	0	0
	Toplam	27/93.1	2/6.9	29/100	51/85	9/15	60/100	56/68.3	26/31.7	82/100

^a Vaka sayısı 5'in altında olan hücrelerin varlığı sebebi ile istatistik testi yapılamamıştır.

Katılımcıların bir günde sosyal medya kullanımına ayırdıkları süre ortalamasının üç farklı yeme grubuna (tanı konulanlar, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar) göre değişip değişmediğinin incelenmesi için parametrik olmayan *Kruskall Wallis-H testi* uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda üç farklı yeme grubu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)} = 1.816, p > .05$). Bir başka deyişle bütün katılımcıların sosyal medya kullanım süre ortalamaları birbirlerine çok yakındır (Tablo 20).

Tablo 20: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre bir günde sosyal medya kullanımına ayırdıkları süre (saat) ortalama ve standart sapma değerleri

Sosyal medya kullanım süresi	Tanı konulanlar	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar	Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar	Toplam
	N / $\bar{x}$ / SS	N / $\bar{x}$ / SS	N / $\bar{x}$ / SS	N / $\bar{x}$ / SS
Kadın	23/3.31/2.1	48/3.3/1.8	46/3.5/3	117/3.39/2.43
Erkek	1/3/.	5/3.6/1.5	25/2.7/1.8	31/2.82/1.75
Toplam	24/3.3/2	53/3.3/1.8	71/3.2/2.7	148/3.27/2.31

Araştırmada üç farklı yeme grubunda yer alan katılımcılar arasında Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip ettikleri beden görünümü ile ilgili (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.) hesap sayısı arasındaki farklılaşma da ele alınmıştır. Bu doğrultuda, Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.) hesap sayısının üç farklı yeme grubuna

göre (tanı konulan ($\bar{x} = 3 / SS = 1.05$), tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ($\bar{x} = 2.7 / SS = .96$) ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip ($\bar{x} = 2.5 / SS = .74$)) değişip değişmediğinin incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Buna göre üç farklı yeme grubu arasında Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($F_{(2,167)} = 4.436 p < .05$) (Tablo 21). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilebilmesi için Post-Hoc testlerinden Scheffe kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre tanı konulan grubun Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı ortalaması ($\bar{x} = 3, SS = 1.05$) sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruptan daha yüksektir ($\bar{x} = 2.5, SS = .74; p = .014$). Bir başka deyişle, tanı konulan grubun sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruba göre Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden beden görünümü ile ilgili daha fazla sayıda hesap takip ettiği söylenebilir.

Tablo 21: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip katılımcıların cinsiyete göre Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı ortalama ve standart sapma değerleri

İFUÜTEBGH	Tanı konulanlar N / $\bar{x}$ / SS	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar N / $\bar{x}$ / SS	Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar N / $\bar{x}$ / SS	Toplam N / $\bar{x}$ / SS
Kadın	23/3.1/1.07	51/2.8/.97	56/2.61/.8	134/2.78/.94
Erkek	1/3/.	9/1.9/.33	26/2.2/.53	36/2.19/.52
Toplam	24/3/1.05	60/2.7/.96	82/2.5/.74	170/2.66/.9

İFUÜTEBGH: Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.) hesap sayısı

Araştırmanın betimsel bulguları kapsamında ayrıca katılımcıların YBDÖ'nün toplamından ve K, YİE, KİE ile BİE alt testlerinden; BBÖMOA'nın toplamından ve BGG, Yüz, BÜ ile Gövde alt testlerinden; FGDSKÖ'nün Akranlar bölümü ve Modeller bölümü toplamından; son olarak da TMBSÖ'den almış oldukları puanların üç farklı yeme grubuna göre (tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanlar) farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tüm değişkenler sırasıyla aşağıda incelenmektedir.

YBDÖ toplam ve K, YİE, KİE ile BİE alt test puanlarının üç farklı yeme grubuna göre (tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanlar) anlamlı olarak değiştiği bulgulanmıştır (sırasıyla; $F_{(2,169)} = 15.510, p < .001$; $F_{(2,169)} = 4.578, p < .05$; $F_{(2,169)} = 17.473, p < .001$; $F_{(2,169)} = 12.202, p < .001$; $F_{(2,169)} = 16.011, p < .001$). YBDÖ toplam ve K, YİE, KİE ile BİE alt test puanlarının hangi alt gruplar arasında farklılaştığının belirlenebilmesi için ise Post-Hoc testlerden Scheffe testi uygulanmıştır.

Yapılan analiz sonucunda YBDÖ toplam puanları için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 2.81 / SS = 1.09$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 1.94 / SS = 1.16, p = .003$) ve sağlıklı beslenme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 1.49 / SS = 1.05, p = .000$) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bu kapsamda, tanı konulan grubun yeme bozukluğu semptom düzeyinin tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruptan yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 22).

YBDÖ K alt test puanları için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 2.34 / SS = 1.45$) ile sağlıklı beslenme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 1.45 / SS = 1.40, p = .000$) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bir başka deyişle tanı konulan grubun yeme miktarını sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruptan daha fazla kısıtladığı söylenebilir (Tablo 22).

YBDÖ YİE alt test puanları için hem tanı konulan grup ($\bar{x} = 1.97 / SS = 1.25$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 1.2 / SS = 1.07, p = .004$) ve sağlıklı beslenme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = .71 / SS = .84, p = .000$) arasında hem de tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 1.2 / SS = 1.07$) ve sağlıklı beslenme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = .71 / SS = .84, p = .017$) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bu bağlamda tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun yeme ile ilgili endişelerinin hem birbirlerinden hem de sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruptan daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 22).

YBDÖ KİE alt test puanları için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 3.2 / SS = 1.34$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 2.31 / SS = 1.29, p = .011$) ve sağlıklı beslenme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 1.82 / SS = 1.29, p = .000$) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bu kapsamda, tanı konulan grubun kilo ile ilgili endişelerinin tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruptan yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 22).

YBDÖ BİE alt test puanları için: hem tanı konulan grup ($\bar{x} = 3.71 / SS = 1.21$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 2.67 / SS = 1.56, p = .006$) ve sağlıklı beslenme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 1.99 / SS = 1.4, p = .000$) arasında hem de tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 2.67 / SS = 1.56$) ve sağlıklı beslenme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 1.99 / SS = 1.4, p = .022$) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bu bağlamda tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun beden ile ilgili endişelerinin hem birbirlerinden hem de sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruptan daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 22).

Tablo 22: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların YBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Tanı konulanlar (<i>n</i> = 29)	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar (<i>n</i> = 61)	Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar (<i>n</i> = 82)	Toplam (<i>n</i> = 172)
	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$
YBDÖ Toplam	2.81/1.09	1.94/1.16	1.49/1.05	1.87/1.19
YBDÖ K	2.34/1.45	1.58/1.33	1.45/1.40	1.65/1.42
YBDÖ YİE	1.97/1.25	1.2/1.07	.71/.84	1.1/1.1
YBDÖ KİE	3.2/1.34	2.31/1.29	1.82/1.29	2.23/1.38
YBDÖ BİE	3.71/1.21	2.67/1.56	1.99/1.4	2.52/1.55

YBDÖ Toplam: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalaması, YBDÖ K: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Kısıtlama Alt Ölçeği, YBDÖ YİE: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Yeme ile ilgili Endişeler Alt Ölçeği, YBDÖ KİE: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Kilo ile ilgili Endişeler Alt Ölçeği, YBDÖ BİE: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Beden ile ilgili Endişeler Alt Ölçeği

BBÖMOA toplam ve BGG, BÜ ile Gövde alt test puanlarının üç farklı yeme grubuna göre (tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanlar) anlamlı olarak değiştiği (sırasıyla; $F_{(2,169)} = 8.011, p < .001$; $F_{(2,169)} = 11.095, p < .001$; $F_{(2,169)} = 6.599, p < .01$; $F_{(2,169)} =$

4.327, $p < .05$) ancak BBÖMOA Yüz alt test puanlarının üç farklı yeme grubuna göre anlamlı olarak değişmediği bulgulanmıştır ($F_{(2,169)} = 1.907, p > .05$). BBÖMOA toplam ve BGG, BÜ ile Gövde alt test puanlarının hangi alt gruplar arasında farklılaştığının belirlenebilmesi için ise Post-Hoc testlerden Scheffe testi uygulanmıştır.

BBÖMOA toplam puanları için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 2.98, SS = .62$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 3.38, SS = .58, p = .018$) ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 3.52, SS = .66, p = .000$) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bu doğrultuda, tanı konulan kişilerin bedenlerinden genel olarak tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlara göre daha memnuniyetsiz oldukları söylenebilir (Tablo 23).

BBÖMOA BGG alt ölçeği puanları için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 2.61, SS = .49$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 2.99, SS = .66, p = .035$) ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 3.26, SS = .68, p = .000$) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bir başka deyişle tanı konulan kişilerin bedenlerinden genel görünümlelerinden tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilere göre daha memnuniyetsiz oldukları söylenebilir (Tablo 23).

BBÖMOA BÜ alt ölçeği puanları için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 3.11, SS = 1.02$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 3.64, SS = .75, p = .030$) ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip grup ($\bar{x} = 3.8, SS = .90, p = .002$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu kapsamda tanı konulan kişilerin beden üyelerinden tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilere göre daha memnuniyetsiz oldukları söylenebilir (Tablo 23).

BBÖMOA Gövde alt ölçeği puanları için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 2.64, SS = .90$) ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 3.20, SS = .88, p = .030$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bir başka deyişle tanı konulan kişilerin

gövdelerinden sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerden daha memnuniyetsiz oldukları söylenebilir (Tablo 23).

Tablo 23: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların BBÖMOA toplam ve alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Tanı konulanlar (<i>n</i> = 29)	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar (<i>n</i> = 61)	Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar (<i>n</i> = 82)	Toplam (<i>n</i> = 172)
	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$
BBÖMOA Toplam	2.98/.62	3.38/.58	3.52/.66	3.38/.65
BBÖMOA BGG	2.61/.49	2.99/.66	3.26/.68	3.05/.68
BBÖMOA Yüz	3.56/.74	3.82/.64	3.83/.69	3.78/.68
BBÖMOA BÜ	3.11/1.02	3.64/.75	3.8/.90	3.63/.90
BBÖMOA Gövde	2.64/.90	3.08/.88	3.20/.88	3.07/.9

BBÖMOA Toplam: Beden Bölge ve Özelliklerinden Memnun Olma Anketi Beden Genel Görünümü Toplam Puan Ortalaması, BBÖMOA BGG: Beden Bölge ve Özelliklerinden Memnun Olma Anketi Beden Genel Görünümü Alt Ölçeği, BBÖMOA Yüz: Beden Bölge ve Özelliklerinden Memnun Olma Anketi Yüz Alt Ölçeği, BBÖMOA BÜ: Beden Bölge ve Özelliklerinden Memnun Olma Anketi Beden Üyeleri Alt Ölçeği, BBÖMOA Gövde: Beden Bölge ve Özelliklerinden Memnun Olma Anketi Gövde Alt Ölçeği

FGDSKÖ Modeller/Ünlüler bölümü ve TMBSÖ puanlarının üç farklı yeme grubuna göre (tanı konulanlar, tanı konulanmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ve sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanlar) anlamlı olarak değiştiği (sırasıyla; $F_{(2,169)} = 5.066, p < .01$; $F_{(2,169)} = 5.673, p < .01$) ancak FGDSKÖ Akranlar bölümü puanlarının üç farklı yeme grubuna göre anlamlı olarak değişmediği bulgulanmıştır ($F_{(2,169)} = .771, p > .05$). FGDSKÖ Modeller/ünlüler bölümü ve TMBSÖ puanlarının hangi alt gruplar arasında farklılaştığının belirlenebilmesi için ise Post-Hoc testlerden Scheffe testi uygulanmıştır.

FGDSKÖ Modeller bölümü puanları için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 38.57, SS = 15.16$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 49.5, SS = 20.67, p = .043$) ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip grup ($\bar{x} = 51.64, SS = 19.26, p = .008$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu kapsamda tanı konulan kişilerin kendilerini tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilere göre modeller, aktrisler ve diğer ünlü kişilerle daha çok kıyasladıkları söylenebilir (Tablo 24).

TMBSÖ puanı için: tanı konulan grup ($\bar{x} = 2.69$, $SS = 1$) ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ($\bar{x} = 3.33$, $SS = .96$, $p = .018$) ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup ($\bar{x} = 3.39$, $SS = 1$, $p = .005$) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Başka bir deyişle, tanı konulan kişilerin benlik saygılarının tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilere göre daha düşük olduğu söylenebilir (Tablo 24).

Tablo 24: Tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların FGDSKÖ Akranlar ve Modeller bölümü ile TMBSÖ puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Tanı konulanlar ($n = 29$)	Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar ($n = 61$)	Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar ($n = 82$)	Toplam ($n = 172$)
	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$	$\bar{x} / SS$
FGDSKÖ Akranlar	41.41/15.77	45.48/14.76	45.17/15.84	44.65/15.43
FGDSKÖ Modeller	38.57/15.16	49.5/20.67	51.64/19.26	48.68/19.62
TMBSÖ	2.69/1.0	3.33/.96	3.39/1	3.25/1.01

FGDSKÖ Akranlar: Fiziksel Görünüşe Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Akranlar Bölümü, FGDSKÖ Modeller: Fiziksel Görünüşe Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Modeller Bölümü, TMBSÖ: Tek Maddeli Benlik Saygısı Ölçeği

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

YB'nin ciddi fiziksel ve psikiyatrik etkileri olan çok boyutlu bir hastalık olması nedeni ile YB'ye neden olan faktörlerin ve toplumda ne sıklıkta görüldüğünün belirlenebilmesi toplum sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, bu tez çalışmasında genel bir Türkiye profili oluşturabilmek amacıyla ilk olarak YB'nin görülme sıklığı, ikinci olarak ise YB'ye neden olan psikososyokültürel faktörlerin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda birinci amaç olarak, ilk aşamada Türkiye'yi temsil edeceği düşünülen ve en büyük metropol kent olan İstanbul'da, farklı üniversitelerde eğitim görmeye devam eden üniversite öğrencileri ile yeme davranışları açısından riskli ve sağlıklı grupta olan kişilerin tespit edilebilmesi için tarama çalışması yapılmış, ikinci aşamada ise tarama çalışması sonucunda farklı yeme grupları (tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan) ve bu grupların dağılımları belirlenmiştir. Çalışmanın ikinci amacı olarak ise, farklı yeme gruplarında olduğu belirlenen katılımcıların cinsiyet, yaş, BKİ, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, uzman kontrolünde diyet veya spor yapma, sosyal medyayı kullanım sıklığı, sosyal medya kullanımına ayrılan süre, Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.), beden görünümünden memnuniyetsizlik, akranlar ve modeller/ünlü kişilerle fiziksel görünüş yoluyla yapılan sosyal karşılaştırma ve benlik saygısı düşüklüğü gibi sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından nasıl farklılaştığı ya da benzeştiği incelenmiştir.

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda elde edilen bulgular sırasıyla literatürdeki araştırmalarla karşılaştırmalı olarak tartışılacaktır.

4.1. Tüm Örneklemen Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırma için ilk olarak YB'nin görülme sıklığının belirlenebilmesi için yaşları 18-25 arasında değişen 2060 öğrenciye ulaşılmıştır. Ancak katılımcılar içinden hatalı bilgi verdiği düşünülen, yaş bilgisini vermeyen ve YBDÖ'yü doldurmayan kişiler çıkarılmış ve tüm analizler %69.8'i kadın, %30.2'si erkek olmak üzere 1876 kişi üzerinden yürütülmüştür. YB yaygınlığının tespit edilmesi üzerine dünyada yürütülen tarama çalışmaları incelendiğinde, araştırmaların YB'nin en sık görüldüğü dönem olan ergenlik ile birlikte (Stice, Marti, Shaw ve Jaconis, 2009; Stice, Marti, Rohde, 2013; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen ve Merikangas, 2011) kadın katılımcılar ağırlıkta olmak üzere yaşları 18 ve üstü olan bireyler arasında (Prouty, Protinsky ve Canady, 2002; Sassaroli ve Ruggiero, 2005) ve özellikle risk grubu olarak değerlendirilen üniversite öğrencileri ile yürütüldüğü görülmektedir (Eisenberg, Nicklett, Roeder ve Kirz, 2011; Hudson, Hiripi, Pope, Kessler, 2007; Kessler ve ark., 2013; Mustelin, Lehtokari, Keski-Rahkonen, 2016). Bu çalışmada da çoğunlukla ergenlik dönemi etkilerinin hala devam ettiği bilinen ve beliren yetişkinlik dönemi olarak tanımlanan (Arnett, 2000, 2014) yaş aralığında olan üniversite birinci sınıf öğrencilerinden (%77.1'i) veri toplanmıştır. Bu doğrultuda araştırma için seçilen örneklemen ve örneklem içindeki kadın - erkek dağılımlarının YB'nin görülme sıklığının yürütüldüğü literatür verileri ile uyum içinde olduğu görülmektedir (Eisenberg, Nicklett, Roeder ve Kirz, 2011). Aynı zamanda katılımcıların yaş ortalamasının 20.47 olması, %58.3'ünün çevresi ile karşılaştırdığında kendi gelir seviyesini orta olarak tanımlaması, %90.6'sının herhangi bir işte çalışmıyor ve %99.7'sinin ise bekar oluşunun genel olarak üniversite öğrencilerinin demografik özelliklerini yansıttığı düşünülmektedir.

Araştırma katılımcılarının %22'si devlet, %78'i vakıf üniversitesi öğrencilerinden oluşmaktadır. Bununla birlikte, %20.1'si Fen-Edebiyat Fakültesi, %15.6'sı Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi, %14.7'si Sağlık Bilimleri Fakültesi, %14.4'ü Eğitim Fakültesi, %12.6'sı İktisadi, idari ve Sosyal Bilimler, İktisat, İşletme ve Siyasal Bilgiler Fakültesi, %11.8'i İnsan ve Toplum, Sanat ve Sosyal

Bilimler ve Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, %3.8'i Tıp Fakültesi, %2'si Spor Bilimleri Fakültesi, %0.8'i Hukuk Fakültesi, %0.5'si Eczacılık Fakültesi, %0.3'ü iletişim Fakültesi, %0.3'ü ise Meslek ve Yüksek Okuluna devam ettiğini bildirmiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda dikkat edilen önemli kurallardan biri de bireylere örneklem için eşit oranda seçilme şansı verilmesinin seçilen örneklemin tüm popülasyonu doğru temsil edebilmesi adına gerekli olduğudur (Tyrer ve Heyman, 2016). Bu kapsamda yeme davranışında oluşan bozulmanın üniversite öğrencilerinde yaygın olarak görülmesi nedeniyle verilerin toplandığı katılımcıların farklı fakültelere dağılmış olması tüm öğrencilere eşit şansın verilmeye çalışıldığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

4.2. Tüm Örneklemin Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırma katılımcılarının klinik özellikleri BKİ, fiziksel ve psikiyatrik bir hastalığının olup olması, daha önce psikiyatrik bir tedavi görüp görmediği, şu anda fiziksel ve/veya psikiyatrik bir hastalığa yönelik tedavi görüp görmediği ve psikiyatrik hastalığı olduğunu bildiren katılımcıların DSM-5'e göre hangi tür hastalıkları olduğunu incelenmesi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca klinik özellikler kapsamında katılımcıların YB semptom düzeyleri, beden bölge ve özelliklerinden memnun olma düzeyleri, fiziksel görünüme dayalı olarak akranlar ve modeller/ünlüler ile sosyal karşılaştırma düzeyleri ve benlik saygısı düzeyleri de ele alınmıştır.

Üniversite öğrencilerinin BKİ düzeyleri incelendiğinde; tüm katılımcılarının BKİ ortalamasının 22.26 olduğu ve katılımcıların %68.9'unun normal, %15'inin kilolu, %12.3'ünün zayıf, %3.4'ünün ise obez/morbid obez BKİ aralığında yer aldığı görülmektedir. Kadın katılımcılar kendi içinde ele alındığında; %16.6'sının zayıf, %70.3'ünün normal, %10.6'sının kilolu, %2.5'inin obez/morbid obez; erkek katılımcılar kendi içinde ele alındığında ise %3.6'sının zayıf, %65.8'inin normal, %25.1'inin kilolu, %5.5'inin de obez/morbid obez BKİ aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte kadın katılımcıların BKİ ortalamasının erkek katılımcılardan daha düşük olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda kadın ve erkek katılımcıların BKİ düzeyleri karşılaştırıldığında;

kadınların kendi içinde zayıf ve normal BKİ oranlarının daha yüksek olduğu, kilolu ve obez/morbid obez BKİ oranlarının ise daha düşük olduğu tespit edilmekle birlikte erkeklerin de kadınlara oranla kendi içinde zayıf BKİ oranlarının düşük olduğu, normal, kilolu ve obez/morbid obez oranlarının ise daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar kadın ve erkek üniversite öğrencilerinin BKİ'leri arasında bir farklılık olduğunu; kadın öğrencilerin BKİ ortalamalarının erkek öğrencilerden daha düşük olduğunu göstermektedir (Porto-Arias, Lorenzo, Lamas, Regal, Cardelle-Cobas ve Cepeda, 2018; Yıldırım, Yıldırım, Tortop ve Poyraz, 2011). Aynı zamanda bu çalışmaya paralel olarak Arslan, Daşkapan ve Çakır'ın (2016) çalışması da kadın öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla kilo ve beden şekline daha çok dikkat etmekle birlikte çoğunluğun zayıf ve normal BKİ aralığında, erkek öğrencilerin çoğunluğunun ise normal ve kilolu BKİ aralığında yer aldığını göstermektedir. Bu durum, batı kültürünün medya yolu ile kadınlarda ince/zayıf, erkeklerde ise kaslı/yapılı bir bedeni ideal olarak sunmasının kadın ve erkek öğrencilerin bedenlerinden duydukları memnuniyetin azalmasına yol açması ve bedenlerinde değişiklik yapmak için yeme davranışını değiştirmesi ile açıklanabilir (Benowitz-Fredericks, Garcia, Massey, Vasagar ve Borzekowski, 2012; Spitzer, Henderson ve Zivian, 1999). Bu bağlamda, beden görünümünden memnun olmayan kadınların daha ince görünme isteği ile kilo verme, erkeklerin ise kas kütlesini arttırma isteği ile kilo alma çabaları içine girme olasılıklarından bahsedilebilir.

Üniversite öğrencilerinde fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar çeşitli nedenlere bağlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu araştırmada da katılımcıların %11.8'inin fiziksel hastalığının, %5.9'unun psikiyatrik hastalığının, %12.3'ünün daha önce uygulanmış bir psikiyatrik tedavisinin ve %6.9'unun şu anda fiziksel ya da psikiyatrik hastalıklarına yönelik bir tedavisinin olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalığı olduğunu ya da daha önce veya şu anda tedavi gördüğünü bildiren öğrenciler içinden kadın öğrencilerin oranlarının (sırasıyla; %76.8, %68.2, %70.7, %72.1) erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalar özellikle finansal durum, psikolojik/duygusal stres ve yorgunluğun öğrencilerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları üzerinde etkili olduğunu

göstermekle birlikte fiziksel ve psikolojik sağlıkta oluşan bozulmaların kısa dönemde düşük akademik başarı, sosyal izolasyon, okulu bırakma, yeme davranışında bozulma, duygusal ve davranışsal becerilerde bozulma gibi; uzun dönemde ise iş hayatında başarısızlık, iletişim problemleri ve kronik sağlık problemleri gibi faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Hussain, Guppy, Robertson ve Temple, 2013; Roberts ve ark., 2000; Stallman, 2010). Kronik sağlık sorunlarının varlığı ise hem yetişmiş iş gücünün üretime katılması önünde bir engel oluşturmakta hem de sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, üniversite öğrencilerinin fiziksel ve psikiyatrik sağlıklarının korunması bireyin ve toplumun geleceği için büyük önem taşımaktadır.

Toplumda yaygın olarak görülen psikiyatrik bozukluklar incelendiğinde depresyon ve kaygı bozukluklarının ön plana çıktığı ve genel olarak psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bilinmektedir (Gülseren, 2013; Keyes, 2005). Üniversite öğrencileri ile yürütülen araştırma sonuçlarında da benzer bir bulgu karşımıza çıkarmaktadır (Bayram ve Bilgel, 2008). Hem genetik yatkınlık hem de psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler, özellikle ergenlikten yetişkinliğe geçiş döneminde üniversite öğrencileri üzerinde sosyal, bilişsel ve duygusal bir baskıya yol açabilmekte bu da üniversite öğrencilerinde görülen depresyon ve kaygı bozukluklarının nedenleri arasında değerlendirilmektedir (Bostancı ve ark., 2005). Literatürde yer alan araştırmalar da özellikle üniversite birinci sınıfa devam eden öğrencilerde depresyon, anksiyete ve stresin yol açtığı farklı problemlere dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Hafen Jr, Reisbig, White ve Rush, 2006; Wong, Cheung, Chan, Ma ve Wa Tang, 2006). Bu araştırmada da psikiyatrik bir hastalığı olduğunu söyleyen katılımcılar çoğunlukla Depresyon Bozuklukları ile İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar (DB ve İUİB) (%28.6), Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları (KB) (%29.6) tanısı olduğunu bildirmiştir. Bunun dışında, Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar (TZBİB) (%18.4), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (%1), Yeme Bozuklukları (YB) (%1) ve DSM-5'e göre bu bozuklukların dışında kalan bir hastalığı olduğunu (%21.4) söyleyen (diğer kategorisi) katılımcılar da olmuştur. Katılımcılar içinden sadece diğer kategorisinde yer alanlar dışında tüm hastalıklarda

literatür verileri ile tutarlı bir şekilde kadınların oranı erkeklerden yüksektir. Hastalık sıklığı açısından cinsiyetler arasında oluşan farklılığın nedenleri ile ilgili olarak ise biyolojik farklılıkların dışında toplumsal cinsiyet rollerinin kadın ve erkeklerin hastalıklarını ifade etme becerileri üzerinde etkisinin olması ve kadınların daha fazla psikolojik, sosyal ve çevresel baskıya maruz kalması söylenebilir (Bozok, 2020; Güleç Öyekçin, 2013; Hepp, Spindler ve Milos, 2005). Bununla birlikte, üniversite öğrencilerinde fiziksel ve psikiyatrik hastalık sıklıklarına yönelik yapılan tarama çalışmalarında öğrencilerin kişilik özellikleri, damgalanma korkusu ve gizliliğin korunmayacağına dair şüphe duyması gibi nedenlerle doğru yanıtlar vermediği de belirtilmektedir (Hussain, Guppy, Robertson ve Temple, 2013; Storrie, Ahern ve Tuckett, 2010).

Araştırmada kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre YB semptom düzeylerinin, yeme ile ilgili endişelerinin, kilo ile ilgili endişelerinin ve beden şekli ile ilgili endişelerinin daha yüksek olduğu; bedenlerinden, beden genel görünümünden ve gövdelerinden daha memnuniyetsiz oldukları; fiziksel görünümlerine dayalı olarak akranlar ve modeller/ünlüler ile daha fazla sosyal karşılaştırma yaptıkları ve daha düşük seviyede benlik saygıları olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda yukarıda sözü edilen değişkenlerin YB'nin önemli yordayıcıları olduğu düşünüldüğünde araştırma bulgularının literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalar, akran davranışları ve tutumlarının ergenler ve genç yetişkinler arasındaki düzensiz yeme semptomları için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Eisenberg ve Neumark-Sztainer, 2010; Keel ve Forney, 2013; Keel, Forney, Brown ve Heatherton, 2013). Örneğin, kadınlarla yürütülen bazı araştırmalar bireylerin kendi seçtikleri arkadaşlarının olduğu topluluklarda (örneğin yurtlar, arkadaş grupları, kadın birlikleri) yeme tutumlarının, bulimik semptomların, beden memnuniyetsizliğinin ve diyet kısıtlama biçimlerinin kişiler arası ilişkilere dayalı nedenlerle benzeştiğini söylemektedir (Shomaker ve Furman, 2009; Stice, Maxfield ve Wells, 2003; Woelders, Larsen, Scholte, Cillessen ve Engels, 2010). Ancak bu bulguya karşı çıkan görüşler de mevcuttur. Örneğin, Becker, Stojek, Clifton ve Miller (2018) çalışmalarında sosyal ağlar içinde olan genç kadınların ilişkilerinin çok boyutlu olduğunu ve yeme davranışlarındaki değişimin

sadece akran davranış ve tutumları ile açıklanamayacağını bildirmişlerdir. Ayrıca ‘şişman’ olarak etiketlenme/damgalanma korkusu ve medyanın tutumu da kadınların yeme davranışları, beden şekilleri ve kilo miktarları ile ilgili kaygılarını besleyen ve bozulmalara yol açan faktörler arasında sayılmaktadır. Örneğin, O’Brien ve arkadaşları (2016), yaptıkları çalışmada fazla kilolu olarak etiketlenen bireylerin daha büyük psikolojik sıkıntı yaşadıklarını (örneğin, kilom hakkında çok düşündüğümde, kendimi depresif hissediyorum) ve kilolu olduklarına yönelik yanlılığı içselleştirdiklerini (örneğin, kilom nedeniyle diğer çoğu insandan daha az çekiciyim); daha büyük psikolojik sıkıntı yaşayan kişilerin ise daha fazla bozulmuş yeme davranışı gösterdiğini belirtmişlerdir.

Medyanın tutumu incelendiğinde de yazılı, görsel ve sosyal medya tarafından ve neredeyse tamamı filtrelenmiş ya da oynanmış görseller üzerinden yayılan ideal/güzel zayıf beden vurgusunun özellikle ergenlik dönemindeki bireylerin ulaşılması güç olan bu beden formlarını idealize etmesine; bedenlerini akranlar, ünlüler ve modellerle karşılaştırmalarına ve dolayısıyla bedenlerinden memnun olmamalarına neden olduğu görülmektedir. Örneğin, Şili’de yürütülen bir çalışma, kız ergenlerin medya üzerinden erkek ergenlere göre kilo vermek için daha yüksek düzeyde bir baskı algıladıklarını ve bunun da beden memnuniyetsizliği ile ilişkisini olduğunu ortaya koymuştur (Mellor, McCabe, Ricciardelli ve Merino, 2008).

Araştırmalar benlik saygısı düzeyinin de üniversite öğrencilerinde akademik başarı başta olmak üzere yeme davranışları, depresyon, baş etme becerilerinin kullanımı gibi çeşitli alanlarda önemli etkileri olduğunu ortaya koymaktadır (Abouserie, 1994; Lampard, Byrne ve McLean, 2011; Lee ve Kim, 2012). Bununla birlikte, benlik saygısı düzeyinin cinsiyete göre değiştiğini gösteren araştırma sonuçları da bulunmaktadır. Örneğin, bazı araştırmalarda benlik saygısı düzeyi açısından kadın ve erkek öğrenciler arasında bir farklılık bulunamamış (Doğan, Totan ve Sapmaz, 2009; Saygın, 2008), bazı araştırmalarda kız öğrencilerin benlik saygısı düzeylerinin erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu (Arıcak, 2005), bazı araştırmalarda ise erkek öğrencilerin benlik saygısı düzeylerinin kız öğrencilerden

daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Lee ve Kim, 2012). Öte yandan, benlik saygısının cinsiyete göre değişiminin incelendiği meta analiz çalışmaları ise hem lise hem üniversite öğrencilerinde erkeklerin benlik saygısı puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğunu ortaya koymakla birlikte yaşı benlik saygısı ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi etkileyen önemli bir değişken olduğunu söylemektedir (Frost ve McKelvie, 2008; Kling, Hyde, Showers ve Buswell, 1999). Ayrıca yaşı, cinsiyet ve benlik saygısı üzerindeki etkisi ile ilgili olarak Frost ve McKelvie (2004), 13 yaşından küçük olan kızların erkeklerden daha yüksek düzeyde benlik saygısı olduğunu ancak ergenlik dönemi itibarı ile benlik saygısı düzeylerinde tersi yönde bir değişim yaşandığını belirtmektedirler. Bu bağlamda, kız ve erkek ergenlerin yaşadıkları biyolojik/fiziksel (kızların vücutlarının yağlanması, erkeklerin seslerinin kalınlaşması ve kas kütlelerinin artması, vb.) ve bilişsel değişim ile toplumun beklentilerinde oluşan farklılaşmanın (örneğin, kadınların daha zayıf, erkeklerin daha kaslı olması; kadınların daha nazik ve narin, erkeklerin daha güçlü görünmesi, vb.) benlik saygısının cinsiyete göre değişiminde yaşı etkisini açıkladığı düşünülmektedir. Bu araştırmada da erkek öğrencilerin benlik saygısı düzeylerinin daha yüksek bulunmasının nedenleri arasında hem ergenlik dönemini henüz bitirmemiş olan katılımcı sayısının fazlalığı hem de ataerkil bir toplum düzeninde yaşıyor olunması sayılabilir. Ayrıca, gelişmemiş ve gelişmekte olan toplumlarda kadınların üzerinde hissetmiş olduğu toplumsal baskı ve beklentinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu da söylenebilir.

Özetle, özellikle ergenlikten yetişkinliğe geçiş döneminde olan bu bireylerin yeme davranışlarının bozulmasının, beden memnuniyetsizliği yaşamalarının, kendilerini beden görünüşleri yoluyla diğerleri ile karşılaştırmasının ve benlik saygılarındaki değişimin çoklu nedenleri olmakla birlikte, öne çıkan faktörlerin akran baskısı, ‘şişman’ olarak damgalanma korkusu ve medya tarafından sunulan ideal/güzel zayıf beden imajının içselleştirilmesi olduğu söylenebilir. Aynı zamanda, beliren yetişkinlik dönemi (Gonidakis, Lemonoudi, Charila ve Varsou, 2018) içinde yer alan bu kişilerin içinde bulundukları dönemin psikolojik, sosyal ve bilişsel açıdan zorlukları da düşünüldüğünde sosyal bir varlık olarak yaşamlarına devam

edebilmeleri için (kimlik oluşturmak, seçtikleri gruba ait olmak, dışlanmamak, vb.) sağlığı riske atan bozucu davranışlar sergiliyor oldukları da düşünülebilir.

4.3. Katılımcıların Risk ve Sağlama Gruplarında Dağılımlarının Değerlendirilmesi

Araştırma katılımcıları içinde YB açısından risk grubunda olduğu düşünülen kişiler bu araştırmanın yöntem bölümünde de ele alındığı üzere dünyada ve Türkiye’de geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kabul edilen YBDÖ puanlarına göre seçilmiştir. YB alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, AN, BN ve TYB’nin görülme sıklığının çoğunlukla %0 ile %5 arasında değiştiğini ancak eşikaltı tanılarla birlikte bu sıklığın arttığını göstermektedir (Culbert, Racine, Klump, 2015). Bu nedenle bu araştırma için YBDÖ’den en yüksek %10’luk puan dilimi içinde kalan kişilerin riskli grupta olduğu düşünülmüş ve bu kişiler yüz yüze yürütülecek olan tanı görüşmesine çağırılmıştır. Ancak, 195 kişi olarak belirlenen %10’luk dilim içinde kalan katılımcıların hepsi görüşmeye katılmamış ve çeşitli gerekçeler bildirmiştir. YB ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, katılımcıların hastalık belirtilerini sakladıkları ve doğru yanıt verme oranlarının düşük olduğu görülmektedir (Vandereycken ve Van Humbeeck, 2008). Bu çalışmada da risk grubunda yer alan katılımcıların %43.1’i çalışmaya katılmayı kabul etmemiş ve bu grubun %60.51’i telefon, mesaj ve e-posta yoluyla kurulan iletişime yanıt vermemiş, %25.14’ü araştırmaya katılmak istemediğini belirtmiş, %7.14’ü hatalı ve eksik iletişim bilgisi vermiş ve %5.95’i ise sınav, ödev, vb. gibi nedenlerle araştırmada yer almak istemediğini söylemiştir.

Risk grubunun (YBDÖ’ye göre yüksek puan alarak %10’luk dilim içinde kalan kişiler) dışında kalan katılımcılar arasından seçilen sağlama grubu için belirlenen ilk katılımcı sayısı ise 85’dir (%5). Bu grupta da sadece 32 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiş, ardından ikinci seçilen (%5) katılımcı grubundan gelen 29 kişi ile birlikte sağlama grubu için toplam katılımcı sayısı 61 kişiye ulaşılmıştır. Sağlama grubu katılımcılarının da araştırmaya dahil olmak istememe nedenleri risk grubu katılımcıları ile benzer bulunmuştur. Yapılan çalışmalar

üniversite öğrencilerinin psikiyatrik hastalıklarla ilgili araştırmalara damgalanma/etiketlenme korkusu ile katılmak istemediklerini göstermektedir (Lally, ó Conghaile, Quigley, Bainbridge ve McDonald, 2013). Bu bağlamda, sağlama grubu katılımcılarının risk grubunun dışında kalan ve sağlıklı yeme davranışları olduğu varsayılan kişiler arasından seçilmesine rağmen araştırmaya katılım oranlarının düşük olmasının nedeninin anlaşılabilir olduğu düşünülmektedir.

4.4. Risk ve Sağlama Grubunda Yer Alan Katılımcıların

Klinik Görüşme Sonucu Cinsiyete Göre Yeme

Gruplarına Dağılımlarının Değerlendirilmesi

Araştırmada risk grubunda ve sağlama grubunda yer alan katılımcıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde risk grubundaki kadınların oranının %83.8, sağlama grubundaki kadınların oranının ise %68.9 olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle, her iki grupta da kadın katılımcıların oranı erkek katılımcılara göre yüksek olmakla birlikte sağlama grubu içinde yüz yüze tanı görüşmesine alınan erkek katılımcıların oranının risk grubuna göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca, risk grubunda yer alan katılımcılara (%24.3) sağlama grubunda yer alan katılımcılara (%3.3) göre daha fazla tanı konulduğu belirlenmiştir. Tanı konulmayan kişiler ise yeme davranış özelliklerine göre yeme davranışı bozulmuş ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar olarak 2 gruba ayrılmıştır. Bununla birlikte, risk grubundakilerin %42.4'ünün, sağlama grubundakilerin ise %23'ünün tanı konulmadığı halde yeme davranışının bozulmuş olduğu belirlenirken, risk grubundakilerin %33.3'ünün, sağlama grubundakilerin ise %73.8'inin sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu görülmüştür. Araştırmanın bu bulguları risk grubu içinde tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin oranlarının sağlama grubundaki kişilerden daha yüksek olduğunu, sağlıklı yeme örüntülerinin ise daha düşük olduğunu göstermekle birlikte sağlama grubundaki katılımcıların içinde sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerin oranlarının da tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan gruptan daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda *Hipotez 1a* ve *Hipotez 1b*

desteklenmiştir. Elde edilen bu sonuçlar, tarama çalışmalarında kullanılan YBDÖ'nün risk grubu içinde olduğu düşünülen kişileri belirlemede güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğunu (Berg, Peterson, Frazier ve Crow, 2012; Mond ve ark., 2008) göstermekle birlikte yeme davranışlarını inceleyen kendini bildirim ölçeklerinden elde edilen verilerin bozulmuş yeme davranışını büyük oranda doğru tespit edebileceğini ortaya koymuştur.

Ayrıca, tanı konulan ve konulmayan kişilerin cinsiyete göre dağılımları incelenmiş ve tanı konulanları risk grubunda yer alan kadınların %29'u ile sağlama grubunda yer alan erkeklerin %10.5'inin oluşturduğu ve risk grubunda yer alan erkekler ile sağlama grubunda yer alan kadınların hiçbirine tanı konulmadığı görülmüştür. Risk grubu için belirlenen grupta yer alan kadınların oranının sağlama grubu için belirlenen gruptaki kadınlardan daha fazla olduğu düşünüldüğünde bu bulgunun, YB için kadınların erkeklere oranla daha fazla risk altında olduğunu gösteren literatür verileri ile tutarlılık gösterdiği düşünülmektedir (Polat ve Sodan Turan, 2013). Beslenme davranışlarına yönelik üniversite öğrencileri ile yürütülen araştırmalar, öğrencilerin beslenme davranışlarının bozulduğunu ve büyük bir grubun öğün atladığını göstermektedir (Ermiş, Doğan, Erilli ve Satıcı, 2015). Bununla birlikte Tylka ve Subich'in (2002) kadın öğrencilerle yürütmüş oldukları çalışmada katılımcıların %36.7'sinin günde 1200 kaloriden az tükettiği, %30'unun yağları ve %26.5'inin ise karbonhidratları öğünlerinden çıkarmış olduğu tespit edilmiştir. Bu da üniversite öğrencileri arasında özellikle kadınlarda bozulmuş yeme davranışlarının görülme sıklığının yaygın olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada da tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanlar yüz yüze görüşme esnasında sorulan sorularla belirlenmiş ve kadınların hem risk hem sağlama grubundaki erkeklere göre daha fazla bozulmuş yeme davranışı gösterdiği tespit edilmiştir.

Ayrıca risk grubundaki tanı konulmadığı halde yeme davranışında bozulma olan kadın ve erkek katılımcıların oranlarının sağlama grubundaki tanı konulmadığı halde yeme davranışında bozulma olan kadın ve erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu da risk grupları içinde yer alan bireylerin yeme davranışlarının risk grubunda olmayan bireylere göre daha bozuk olduğunu ortaya

koymaktadır. Bu nedenle, YB'nin fiziksel, bilişsel ve psikolojik açıdan olumsuz etkileri olan önemli bir psikiyatrik hastalık olduğu düşünüldüğünde risk grubunda yer alan bireylere erken dönemde müdahale edilmesi ve bu gruplarla koruyucu çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle okullarda yeme davranışı bozulmuş olan bireylerle yürütülen önleyici çalışmalar, müdahale programlarına alınmayan kontrol gruplarında bozulmuş yeme davranışının devam ettiğini ve/veya yeme ile ilgili bir patolojinin ortaya çıktığını, müdahale programlarına alınan grupların ise yeme davranışlarında olumlu yönde değişim meydana geldiğini göstermektedir (Stice, Orjada ve Tristan, 2006; Stice ve Ragan, 2002).

Ek olarak, risk grubunda her bir yeme grubu içindeki cinsiyet dağılımları incelendiğinde sağlıklı yeme örüntülerine sahip erkeklerin oranlarının kadınlardan daha yüksek olduğu, sağlama grubunda her bir yeme grubu içindeki cinsiyet dağılımları incelendiğinde ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip kadınların oranının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, yeme davranışlarının bozulmuş olduğu bilgisini veren ve dolayısıyla risk grubu içine alınan erkek öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%72.2) yapılan yüz yüze görüşme sonucunda sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğunun belirlenmesi ile sağlama grubunda olmasına rağmen yeme davranışı bozulmuş olarak belirlenen (%21.1) erkek öğrencilerin tespit edilmesi beklenmedik bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda, özellikle erkek öğrencilerin sağlıklı yeme miktar ve biçimlerine yönelik bilgilerinin eksik olabileceği ve/veya yeme miktarlarını olması gerekenden fazla ya da az olarak hatalı tanımladıkları düşünülebilir. Yapılan araştırmalar erkek öğrencilerin beslenme bilgisi açısından kadın öğrencilerden daha düşük puanlar aldığını göstermektedir (Von Bothmer ve Fridlund, 2005; Woo, Lee, Lee, Lee ve Lee, 2016). Ayrıca YB'nin erkeklerde görülme sıklığının incelendiği çalışmalar, YB ve bozulmuş yeme davranışının homoseksüel, biseksüel erkeklerde ve trans bireylerde heteroseksüel erkeklere göre daha yaygın olduğunu bildirmektedir (Diemer, Grant, Munn-Chernoff, Patterson ve Duncan, 2015; Feldman ve Meyer, 2007). Bu çalışmada ise katılımcıların cinsel kimliklerine ve yönelimlerine dair soru

sorulmadığından tanı konulmayan erkek katılımcıların cinsel yönelimlerinin bu bulgular üzerindeki olası etkisi net değildir.

4.5. Risk ve Sağlama Grubu Katılımcılarının YBDÖ'den Aldıkları Puanlara Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Toplum taraması çalışmalarında kullanılan ölçeklerin normatif değerlerinin bulunması bulguların yorumlanması açısından büyük öneme sahiptir. Klinik olmayan popülasyon çalışmalarında, klinik bir tarama aracı olarak da kullanılan bir ölçeğin, sonuçları istatistiksel açıdan doğru değerlendirebilmesi ve bu değerler vasıtasıyla hastalık tanısı konulmadan önce ortaya çıkan bozulmuş yeme davranışlarını tespit edebilmesi hem hastalığın artmasına engel olabilmekte hem de koruyucu/önleyici çalışmaların hazırlanması için bilgi sunabilmektedir (Carey, Kupeli, Knight, Troop, Jenkinson ve Preston, 2019).

Bu araştırmada bozulmuş yeme davranışlarının belirlenmesi için kullanılan YBDÖ, bir bireyde YB olup olmadığına dair net bir sonuç ortaya koyan tanısal bir ölçüm aracı olmamakla birlikte ölçekten alınan puanlar dahilinde YB'nin göstergelerinden biri olan bozulmuş yeme davranışının tespit edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Bu doğrultuda, yeme gruplarının YBDÖ puan aralıklarına göre dağılımı incelendiğinde; risk grubu olarak belirlenen (en yüksek puan alan) %10'luk kesimin puan aralığı 3.03-5.48 olarak bulunmuştur. Buna göre, tanı konulan grubun büyük çoğunluğunun (%44.4) ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların %22.2'sinin en yüksek aralıkta (4.85-5.48); tanı konulanların %13.3'ünün ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların %66.7'sinin 4.24-4.84 aralığında; tanı konulanların %27.6'sının ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların %27.6'sının 3.64-4.23 aralığında, tanı konulanların %22.4'ünün ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların %46.6'sının ise 3.03-3.63 aralığında yer aldığı görülmektedir. Bir başka deyişle, risk grubunu oluşturan bireylerin toplam %66.6'sının tanı konulacak (%24.3) ve konulmayacak (%42.3)

düzeyde yeme davranışlarının bozulduğu tespit edilmiştir. Yani ölçek %24.3 oranında YB tanısını yakalıyor gözükmektedir. Bu durum, YBDÖ'nün temel amaçlarından biri olan YB'si olan bireylerin yüksek puan alacağı görüşünü destekler niteliktedir. Örneğin, Jennings ve Phillips (2017) AN'si olan kadınlarla yapmış oldukları YBDÖ'nün norm çalışmasında katılımcıların %80'inin 3.08 ve üstü puanlar aldığını; Dahlgren, Stedal ve Rø'da (2017) çalışmasında benzer şekilde YB hastalarının YBDÖ genel ortalama puanlarının 3.26 ve üzeri olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Ancak, 4.85-5.48 puan aralığındaki katılımcıların %33.3'ünün, 4.24-4.84 puan aralığındaki katılımcıların %20'sinin, 3.64-4.23 puan aralığındaki katılımcıların %44.8'inin, 3.03-3.63 puan aralığındaki katılımcıların %31'inin ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olduğu bulunmuştur. Bu da YBDÖ'nün yüksek puanlarının yeme davranışlarındaki bozulmayı büyük oranda tespit edebileceğini belirten literatür verisi ile kısmi bir uyumsuzluk olduğunu düşündürmektedir. Çünkü bu bulgular, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olmasına rağmen bazı katılımcıların YBDÖ'nin en yüksek puan aralığında (4.24-5.48) olduğunu göstermektedir. Bu da katılımcıların ölçek maddelerine doğru yanıt vermeme ihtimallerinin yanı sıra, kendi yeme davranışları ile ilgili yanlış bilgiye sahip olduklarına işaret ediyor olabilir. Üniversite öğrencilerinde beslenme bilgisine yönelik yapılan araştırmalar öğrencilerin çok azının doğru beslenme kurallarını bildiğini ortaya koymaktadır (Krešić, Kendel Jovanović, Pavičić Žeželj, Cvijanović ve Ivezić, 2009; Yahia, Wang, Rapley ve Dey, 2016). Bununla birlikte öğrencilerin sağlıklı beslenmeye yönelik mükemmeliyetçi tutumları ve katı inançları da olabilir. Örneğin, çoğunlukla sağlıklı beslenen biri sağlıksız olarak tanımladığı bir öğün yediğinde bütün beslenme davranışının bozulduğunu düşünebilir. Ancak bu değerlendirmenin sağlıklı ve bozulmuş yeme davranışları ile ilgili inançları araştıran ileriki çalışmalarla ve daha büyük örneklemelerde sınanması gerekmektedir.

Sağlama grubunun YBDÖ'den aldığı puanlar incelendiğinde ise 2.55-3.01 puan aralığında yer alan katılımcıların tamamını sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanların; 1.71-2.54 puan aralığına sahip olan katılımcıların %10.5'ini tanı konulanların, %10.5'ini tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların ve %78.9'unu sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olanların; .87-1.7 puan aralığında

olanların %27.8'ini tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların ve %72.2'sinin sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların; .03-.86 puan aralığında olanların ise %33.3'ünün tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olanların ve %66.6'sının sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanların oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında sağlama grubunda yer alan katılımcıların toplam %3.3'üne tanı konulduğu, %23'ünün tanı konulmadığı halde yeme davranışının bozulmuş olduğu, %73.7'sinin ise sağlıklı yeme örüntüsüne sahip olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle, YBDÖ, toplam puanı 3 ve altı olan grupta YB tanısını %3.3 oranında yakalayamamıştır. Bununla birlikte, YBDÖ'nün 3 ve altı puan aralığında olan katılımcıların büyük çoğunluğunun (%73.3) yeme davranışında bozulma olmadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda, yukarıda da vurgulandığı üzere YBDÖ'den alınan yüksek puanların yeme davranışındaki bozulmayı daha iyi tespit ettiği söylenebilir. Ancak 1.71-2.54 puan aralığında kalan 2 erkek katılımcıya (%10.5) tanı konulmuştur. Bu da YB tanısı için sadece YBDÖ'den alınan yüksek puanların taranmaması gerektiğine ve YBDÖ'den düşük puan alan bireylerin de yeme davranışlarında bozulmalar görülebileceğine bir kanıt oluşturur niteliktedir. Bununla birlikte YBDÖ puanları düştükçe tanı konulmadığı halde yeme davranışında bozulma olanların sıklığının arttığı da görülmektedir. Bu durum düşük puan alan katılımcıların kendini iyi gösterme eğiliminde olduklarını akla getirmekle birlikte vaka sayısının azlığı nedeni ile bu değerlendirmenin daha geniş örneklemelerde geçerliliğinin sınanması gerekmektedir.

Bazı çalışmalar YBDÖ için kesme puanı belirlemiştir. Örneğin, Rø, Reas ve Stedal, (2015) klinik örneklem ve kontrol grupları ile yürüttükleri araştırmasında kesme puanını 2.5 olarak; Mond ve arkadaşları (2008) normal kilolu YB hastalarında 1.98, aşırı kilolu YB hastalarında 3.10 olarak; Schaefer ve arkadaşları (2018) ise erkek YB hastalarında 1.68 olarak belirlemiştir. Ayrıca birçok çalışmada, bireylerin YB olup olmadığının tespit edilebilmesi için Mond, Hay, Rodgers, Owen ve Beumont (2004) tarafından kesme puanı olarak belirlenen 2.3 değeri kullanılmaktadır (Brockmeyer, Grosse Holtforth, Bents, Herzog ve Friederich, 2013; Ruwaard ve ark., 2012). Ancak, farklı toplum ve gruplarda yürütülen bu araştırma sonuçları net bir kesme puanı olmadığını, YBDÖ'den alınan puanların YB tipi,

katılımcı sayısı, BKİ değerleri gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini ve her topluma ve/veya gruba ait norm değerlerinin ayrıca incelenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

YBDÖ ile ilgili norm değerlerinin incelendiği araştırmalara bakıldığında ise yine farklı örneklerde yürütülen çalışmaların sonuçlarının birbirine yakın olmakla birlikte değiştiği görülmektedir. Örneğin, klinik olmayan örneklem için ele alındığında: İrlanda'da sağlık servisine başvuran kadın üniversite öğrencileri ile yürütülen araştırma sonucunda katılımcıların %50'sinin 1.15'e, %90'lık kısmının ise 3.4'e kadar ($\bar{x} = 1.51$; $SS = 1.28$) puan aldığı (Keane, Clarke, McGrath, Farrelly ve MacHale, 2015); yaşları 12-14 arasında değişen ergen bireylerle yürütülen çalışmada katılımcıların %50'sinin 1.16,'ya %90'lık kısmının ise 3.67'ye kadar ($\bar{x} = 1.6$; $SS = 1.4$) puan aldığı (Carter, Stewart ve Fairburn, 2001); yaşları 12-18 arasında değişen ergen erkeklerle Avustralya'da yürütülen çalışmada katılımcıların %50'sinin 0.28'e, %90'lık kısmının ise 1.73'e kadar ($\bar{x} = 1.84$; $SS = 1.54$) puan aldığı (Mond, Hall, Bentley, Gratwick-Sarll ve Lewis, 2013); yaşları 18-24 arasında değişen Japon kadınlarla yürütülen çalışmada katılımcıların %50'sinin 1.48'e, %90'lık kısmının ise 2.91'e kadar ($\bar{x} = 1.55$; $SS = 1.03$) puan aldığı bulgulanmıştır (Nakai ve ark., 2014). Türkiye'de de YBDÖ'ye ait norm çalışması bir doktora tezi kapsamında yürütülmüş ve norm değerleri birçok farklı değişkenle birlikte DSÖ yaş kategorilerine göre de belirlenmiştir. Buna göre 18-25 yaş arasındaki 184 kişinin YBDÖ ortalaması 1.03, standart sapması ise 0.97 olarak bulunmuştur (Baktıroğlu, 2019).

Klinik örneklem için ele alındığında ise; AN'li kadın katılımcıların olduğu bir çalışmada katılımcıların %25'lik diliminin 3.08'e, %50'lik diliminin 4.28'e, %75'lik diliminin 5.15'e ve %90'lık diliminin ise 5.71'e kadar ($\bar{x} = 3.98$; $SS = 1.65$) puan aldığı (Jennings ve Phillips, 2017); 18 yaş ve üstü kadın ve erkek YB hastaları ile Norveç'te yapılan çalışmada kadınların ortalama 4.00 ($SS = 1.31$), erkeklerin ise ortalama 3.48 ($SS = 1.53$) puan aldığı (Dahlgren, Stedal ve Rø, 2017); 16 yaş ve üstü 373 YB hastası ile Avustralya'da yapılan çalışmada katılımcıların %25'lik diliminin 1.73'e, %50'lik diliminin 3.18'e, %75'lik diliminin 4.41'e, %90'lık diliminin ise 5.13'e kadar ($\bar{x} = 3.02$; $SS = 1.64$) puan aldığı (Smith ve ark. 2017); İsveç'te yaşları

12-14 arasında değişen ergen bireylerle yürütülen çalışmada ise klinik örneklemde yer alan erkek ğrencilerin YBDÖ ortalaması: AN için 1.77 ($SS = 1.53$), diğer YB'ler için 1.80 ($SS = 1.53$); kız ğrencilerin AN için 2.93 ($SS = 1.68$), diğer YB'ler için 3.28 ($SS = 1.65$) olduğu bulunmuştur (Mantilla ve Birgegrd, 2016).

Yukarıda norm değerlerine yönelik incelenen veriler bu araştırmada hem risk hem sağlama grubuna dağılan katılımcılar içinde tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip grupların neden çıktığına ışık tutmaktadır. YBDÖ'nn her puan aralığında YB tanısı olabilecek bireylerle karşılaşma olasılığı olmakla birlikte yüksek puan alanların YB açısından daha büyük risk altında olduğu görülmektedir. Bununla birlikte özellikle erkeklerle yürütülen klinik örneklem çalışmalarında tanı konulan grubun puan aralıklarının 1.68 ve üstü olması, bu çalışmada sağlama grubu olarak seçilen ve 1.71 - 2.54 aralığında puan almış 2 erkek katılımcıya yapılan yüz yüze görüşme sonrasında tanı konulması durumu ile örtüşmektedir (Dahlgren, Stedal ve R, 2017; Mantilla ve Birgegrd, 2016; Schaefer ve ark., 2018). Bu da YBDÖ'den 1.68 ve üstü puan alanların risk grubu olarak tanımlanabileceğine işaret etmektedir. Ancak bu durumun ileriki çalışmalarda daha geniş örneklemlerde sınanması gerekmektedir.

Özetle, yukarıda ele alınan tüm bulgular değerlendirildiğinde ve YBDÖ'nn tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupların aldıkları puan aralıkları incelendiğinde, tanı konulan ve konulmayanlar arasında net bir kesme puanı ayırımı yapılamayacağı ve verilerin Türkiye rneklemine ait normatif bulgular ışığında (Baktıroğlu, 2019) değerlendirilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir. Ancak kesme puanı varlığının bu çalışmada da olduğu gibi yürütülen büyük epidemiyolojik araştırmalarda bozulmuş yeme davranışı yaygınlığının tahmin edilmesine yardımcı olabileceği de unutulmamalıdır (Meule, 2019). Ayrıca, bu çalışmanın sonuçlarının YBDÖ puanları açısından klinik örnekleme yönelik norm değerleri için pilot çalışma niteliği taşıdığı da söylenbilir. Ancak vaka sayısının kısıtlı olması nedeniyle ileriki çalışmalarda daha geniş örneklemlerde çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

4.6. İstanbul Örneklemine YB'nin Görülme Sıklığının (Epidemiyolojik Verinin) Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, 1876 katılımcının oluşturduğu İstanbul örnekleminde YB'nin nokta yaygınlığı (point prevalence) ile risk ve sağlama grubu olarak seçilen kişilerle yapılan tanı görüşmesi sonucunda tanı konulma sıklığı belirlenmiştir. Buna göre, risk ve sağlama grubunda yer alan katılımcıların %16.8'ine ($n = 172$), tüm örnekleimde ise %1.55'ine ($n = 1876$) eşikaltı tanılar ve TBYB dahil olmak üzere DSM-5'e göre YB tanısı konulmuştur.

Yüz yüze tanı görüşmesine alınan katılımcılarda her bir tanı grubu için YB prevalansı incelendiğinde, kadınlarda: AN %3.2, BN %2.2 ve TYB %4.3, Eşikaltı AN %1.1, Eşikaltı BN %6.5 olarak bulunmakla birlikte erkeklerde tanı konulan kimsenin olmadığı; her iki cinsiyetin YB tanısı konulma sıklığı birlikte değerlendirildiğinde ise AN'nin %1.7, BN'nin %1.2 ve TYB'nin %2.3, Eşikaltı AN'nin %0.6, Eşikaltı BN'nin %3.5 olduğu görülmüştür. Ek olarak Eşikaltı TYB ve TBYB tanısının hem kadın hem erkek katılımcılara konulduğu tespit edilmiştir. Buna göre kadınların %8.6'sı ile erkeklerin %5.3'üne Eşikaltı TYB, kadınların %3.2'si ile erkeklerin %5.3'üne TBYB tanısı konulmuştur. Görüşmeye alınan tüm katılımcılar içinde ise Eşikaltı TYB'nin sıklığı %5.2, TBYB'nin sıklığı %2.3 olarak bulunmuştur. Bu kapsamda, görüşmeye alınan katılımcılara tanı konulma sıklıkları incelendiğinde Eşikaltı TYB tanısının hem kadın ve erkeklerde hem de tüm grupta en yaygın tanı olduğu dikkat çekmektedir. Yüz yüze görüşmeye alınan katılımcılara herhangi bir YB tanısı konulma sıklığı aşağıdaki bölümde YB'nin nokta yaygınlığı ile ilgili yürütülen tartışmada incelenmiştir.

Tüm örnekleimde YB'nin nokta yaygınlığına bakıldığında kadınlarda (en düşükten yükseğe sırayla): Eşikaltı AN %0.08, BN %0.15, AN %0.23, TBYB %0.23, TYB %0.31, Eşikaltı BN %0.46 ve Eşikaltı TYB %0.61 olarak bulunmakla birlikte erkeklere sadece Eşikaltı TYB (%0.18) ve TBYB (%0.18) tanısı konulmuştur. Her iki cinsiyet birlikte değerlendirildiğinde elde edilen nokta yaygınlığı ise (en düşükten yükseğe sırayla) Eşikaltı AN'de %0.05, BN'de %0.11, AN'de %0.16, TBYB'de

%0.21, TYB’de %0.21, Eşikaltı BN’de %0.32 ve Eşikaltı TYB’de %0.48 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde YB’nin yıllar içinde yaygınlık oranlarındaki değişimin belirlenebilmesi için bu bulgular, Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan ve Izgic, (2006) tarafından 18-24 yaş arasında olan 951 üniversite öğrencisi ile Sivas’ta yapılmış, Vardar ve Erzen’in (2011) tarafından 16-18 yaş arasında olan 2907 lise öğrencisi ile Edirne’de yapılmış ve Semiz, Kavakcı, Yağız, Yontar ve Kuğu (2013) tarafından 18-44 yaş arasında olan toplum örneklemini (1122) Sivas’ta yapılmış ve iki aşamalı desenleri olan önceki araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma verileri AN, BN, TYB ve diğer YB (Atipik) olarak sınıflandırılmış ve yaygınlıkları Tablo 25’de sunulmuştur. Buna göre, AN yaygınlığının yıllar içinde kadınlarda ve toplamda arttığı ancak erkeklerde diğer 3 çalışmada olduğu gibi görülmediği; BN’nin yıllar içinde hem kadınlarda hem toplamda azaldığı ve erkeklerde görülmediği, TYB’nin 2006-2011 yılları içinde kadınlarda ve toplamda arttığı, sonraki yıllarda ise hem erkeklerde hem toplamda azaldığı görülmüştür. AN, BN ve TYB dışında kalan diğer yani Atipik YB yaygınlığının ise 2011-2013 yılları arasında kadınlarda ve toplamda azaldığı ancak bu çalışma ile hem erkeklerde hem de toplamda arttığı bulunmuştur. Bununla birlikte, bu tez çalışmasında elde edilen genel YB nokta yaygınlığının (%1.55) 2006 ve 2011 yılında yapılan çalışmadan düşük (sırasıyla; %2.20, %2.33), 2013’de yapılan çalışmadan ise yüksek olduğu (%1.52) belirlenmiştir. Özetle, bu tez araştırması ile YB nokta yaygınlığının geçmiş yıllarda Türkiye’de yapılmış çalışmalara göre toplam olarak AN, TYB ve Atipik YB’de arttığı, BN’de ise azaldığı belirlenmiştir. Ancak bu tez araştırması için örneklemin İstanbul’dan yani metropol bir şehirden seçildiği; 2006, 2011 ve 2013 yıllarında YB yaygınlığının belirlenmesine yönelik yapılan araştırmaların ise küçük şehirlerde yürütüldüğü ve küçük şehirde yaşayan bireylerin yeme davranışları ile büyük şehirlerde yaşayan bireylerin yeme davranışlarında kültürel özelliklere bağlı farklılaşmalar da yaşanabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle sonraki araştırmalarda bu farklılığa dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 25: Türkiye’de 2006-2020 yılları arasında YB yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırma sonuçları

	AN			BN			TYB			Atipik YB			TOPLAM
	N (%)			N (%)			N (%)			N (%)			YB
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	N (%)
*Kuğu ve ark. (2006)													
^a951 (492K, 459E)	0	0	0	15	0	15	3	3	6	-	-	-	21
^b71				(3.05)		(1.57)	(0.65)	(0.65)	(0.63)				(2.20)
*Vardar ve ark. (2011)													
^a2907 (1464K, 1443E)	1	0	1	23	0	23	21	8	29	14	1	15	68
^b238	(0.068)		(0.034)	(1.57)		(0.79)	(1.43)	(0.55)	(0.998)	(0.96)	(0.07)	(0.52)	(2.33)
*Semiz ve ark. (2013)													
^a1122 (544K, 578E)	0	0	0	7	0	7	7	2	9	1	0	1	17
^b53				(1.29)		(0.63)	(1.29)	(0.35)	(0.80)	(0.18)		(0.09)	(1.52)
**Bu çalışma (2020)													
^a1876 (1310K, 566E)	3	0	3	2	0	2	4	0	4	18	2	20	29
^b172	(0.23)		(0.16)	(0.15)		(0.11)	(0.31)		(0.21)	(1.37)	(0.35)	(1.07)	(1.55)

* Yüz yüze görüşmede DSM-IV tanı kriterleri kullanılmıştır. ** Yüz yüze görüşmede DSM-5 tanı kriterleri kullanılmıştır. ^a Araştırmaya katılan toplam katılımcı sayısı. ^b Tanı görüşmesi yapmak için yüz yüze görüşme alınan toplam kişi sayısı, K: Kadın, E: Erkek

Dünyada yapılan araştırmalarda YB’nin değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasında kullanılan araçların farklı olması nedeniyle zaman içinde yaygınlığın değişimini değerlendirmek zor olsa bile birbirine yöntemsel açıdan benzeyen bazı araştırmaların sonuçları incelendiğinde YB yaygınlığının yıllar içinde artmış olduğu görülmektedir. Örneğin, Japonya’da yapılan bir araştırmada YB nokta yaygınlığının 1982’de %1.2’den 1992’de %4.5’e ve 2002’de 12.7’ye yükselmiş olduğu görülmektedir (Nakai, Nin ve Noma, 2014). Norveç’te yürütülen başka bir çalışmada da YB yaygınlık oranlarının zamanla artmış olduğu belirlenmiştir (Zachrisson, Vedul-Kjelsås, Götestam ve Mykletun, 2008). Ayrıca yıllar içinde YB hastalarının hastaneye yatış oranlarının da yükseldiği tespit edilmiş ve bu durum YB yaygınlığının artması ile ilişkilendirilmiştir (Zhao ve Encinosa, 2009). Hem dünyada yapılan araştırmalarda yıllara göre YB yaygınlığında farklı sonuçlar bulunması hem de 2020 yılında yapılan bu tez araştırması ile YB yaygınlığının Türkiye’de geçmiş yıllarda yapılan diğer araştırmalardan farklı sonuçlar ortaya koymasının (araştırmalar yöntemsel açıdan benzerlik taşımasına rağmen) psikososyokültürel birçok nedeni olmakla birlikte 2013 yılında yenilenen DSM ile YB tanı kriterlerinin değişmesinin de önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir (Keel, Brown, Holm-Denoma ve Bodell, 2011; Stice, Marti ve Rohde, 2013; Trace, Thornton ve ark., 2011). DSM-IV-TR’den

DSM-5'e geçiřte yapılan deęiřikliklerin birincil amacının heterojen olduęu için prognostik yararı sınırlı olduęu dūřunūlen *Bařka Tūrlū Adlandırılamayan Yeme Bozuklukları (BTAYB)* tanısı konulacak bireylerin sayısının azaltılması olduęu ifade edilmiřtir (Stice, Marti ve Rohde, 2013). Bu kapsamda, AN, BN ve TYB'nin gōrūlme sıklık ve sūrelerinde deęiřim yapılmıř, AN'den amenore kriteri çıkartılmıř, BKİ dūřūklūęunden daha çok belirgin kilo kaybına odaklanılmıř ve TYB ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almıřtır. Bununla birlikte DSM-5'e geçiřte Eřikaltı/Atipik AN, BN ve TYB ile B ve GYS *Tanımlanmıř Dięer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluęu (TDBBYB) (Other Specified Feeding and Eating Disorders/OSFED)* bařlıęı içinde yer almaya bařlamıř ve YB tanısı için tam kriterlerin karřılanmadıęı ancak beslenme ve yeme bozukluklarının belli semptomlarının gōrūldūęu ve önemli iřlev bozukluklarına neden olan durumlar için kullanılması nerilen *Tanımlanmamıř Beslenme ve Yeme Bozukluęu (TBYB) (Unspecified Feeding and Eating Disorders/UFED)* tanısı getirilmiřtir. Tūm bu deęiřikliklerin yapılmasıyla birlikte DSM-5 kullanılarak belirlenen YB tiplerinin yaygınlık oranlarının deęiřtięi dūřūnmekte ve DSM-IV kullanılarak belirlenen AN, BN ve TYB dıřında kalan tanıları iřaret eden Atipik YB (BTAYB) yaygınlık oranları ile DSM-5 kullanılarak belirlenen Atipik YB (TDBBYB ve TBYB) yaygınlık oranları arasında oluřan farka bir açıklama gelmektedir (Machado, Gonçalves ve Hoek, 2013; Mustelin, Silēn, Raevuori, Hoek, Kaprio ve Keski-Rahkonen, 2016; Smink, van Hoeken, Oldehinkel ve Hoek, 2014). Ancak tūm kategorileri bir būtūn olarak deęerlendirdięimizde YB'nin dūnya genelinde artma eęiliminde olduęu unutulmamalıdır. Örneęin, ocukluk dōnemi yeme davranıřlarının sonraki dōnem yeme davranıřında oluřan bozulma ve yeme bozukluęu tanısı ile iliřkisinin incelendięi boylamsal bir çalıřmada ilk tarama verilerinde gōrūlen AN sıklıęı %1 iken ikinci tarama verilerinde %2.5, ilk tarama verilerinde BN ve TYB gōrūlmūyorken ikinci tarama verilerinde BN'nin %1.3, TYB'nin ise %1.5 olduęu bulgulanmıřtır (Herle ve ark., 2020).

Bu tez arařtırmasında elde edilen YB yaygınlıęının toplamda ve her bir YB tipi için kadınlar arasında daha yūksək olduęu bulgusu ise dięer ūlkelerde yūrūtūlen arařtırma sonuçları ile paralellik tařımaktadır. Örneęin, Eisenberg, Nicklett, Roeder ve Kirz (2011) ūniversite öğrencileri ve mezunları ile yaptıkları çalıřmada YB

yaygınlığının kadınlarda %9-13, erkeklerde %3-4 arasında olduğunu, YB'si olan grubun %79'unu kadınların, %21'ini ise erkeklerin oluşturduğunu bulgulamışlardır. Son dönemde yayınlanan çalışmalardan biri olan ve 2000-2018 yılları arasında yapılmış araştırmaları kapsayan büyük bir meta analiz çalışmasında ise genel olarak YB'nin yaşam boyu, 12 aylık ve nokta yaygınlık oranlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavoracci, 2019). Bu durum, kadınların YB açısından erkeklere göre daha yüksek bir risk altında olduğuna işaret etmektedir. Aynı zamanda, ergenlik döneminde yaşanan ebeveyn çatışmasının özellikle kadınlarda yeme davranışında bozulma ve YB ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir (Spanos, Klump, Burt, McGue ve Iacono, 2010).

Bununla birlikte bu tez araştırmasında AN nokta yaygınlığı %0.16 (kadınlarda %0.23, erkeklerde %0), BN %0.11 (kadınlarda %0.15, erkeklerde %0), TYB ise %0.21 (kadınlarda %0.31, erkeklerde %0) olarak bulunmuştur. Yukarıda sözü edilen meta analiz çalışması ise dünyada AN nokta yaygınlığının ağırlıklı ortalamasının kadınlarda %2.8 (%0-%4.8), erkeklerde %0.3 (%0-%0.4); BN nokta yaygınlığının ağırlıklı ortalamasının kadınlarda %1.5 (%0-%8.4), erkeklerde %0.1 (%0-%1.3); TYB nokta yaygınlığının ağırlıklı ortalamasının ise kadınlarda %2.3 (%0-%9.8), erkeklerde %0.3 (%0-%0.5) olduğunu ortaya koymuştur (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavoracci, 2019). Bu doğrultuda tez çalışmasının AN, BN ve TYB nokta yaygınlık oranlarının literatür verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Ancak AN, BN ve TYB'nin bu tez araştırmasındaki erkeklerde görülmemiş olması ilgi çekici bir bulgu olmakla birlikte DSM kriterlerinin kadınların zayıf olma arzusu (drive for thinness) ve ince bedende kalmak isteği üzerinden tanımlanması ile özellikle erkeklerin bedensel memnuniyeti ile ilişkili olduğu bilinen kashlık arzusunun (Hargreaves ve Tiggemann, 2009) ele alınmıyor oluşunun erkeklere tanı konulma sürecini etkilediği düşünülebilir.

Dünya'da yürütülen araştırmalar BN'nin DSM-5'e geçildikten sonra yapılan çalışmalarda artma eğilimi olduğunu göstermektedir (Bagaric, M., Touyz, S., Heriseanu, Conti ve Hay, 2020; Hay, Mitchison, Collado, González-Chica, Stocks ve Touyz, 2017; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen ve Merikangas, 2011). Ancak

BN'nin yaygınlık oranları ile ilgili çelişkili bulgular da mevcuttur. Örneğin, Japonya'da yürütülen çalışmada 1982-2002 yılları arasında BN yaygınlığının %0'dan %2.32'ye yükseldiği bulgulanmışken (Nakai, Nin ve Noma, 2014) aynı zaman diliminde ABD'de BN için elde edilen bulgular Japonyo'da yapılan araştırma sonuçlarının tersi bir tablo oluşturmaktadır (Keel, Heatherton, Dorer, Joiner ve Zalta, 2006). Bu tez araştırmasında ise BN yaygınlığının yıllar içinde azaldığı bulgulanmakla birlikte tam tanı kriterlerinin karşılanmadığı durumlarda kullanılan Eşikaltı BN tanısının yaygınlık oranının Eşikaltı TYB'den sonra ikinci en yüksek oranlı tanı olduğu bulunmuştur. Dünyada son yıllarda yapılan araştırmalar da Eşikaltı BN'nin BN yaygınlığından daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Stice, Marti ve Rohde, 2013). Bu farklılıkla ilgili olarak Bagaric ve ark. (2020) ile Hudson, Coit, Lalonde ve Pope (2010) ise DSM-5'te yapılan değişikliğin dışında BN tanısı konulma ihtimali olan kişilerin aslında telafi davranışı olarak kullandıkları yöntemleri (örneğin, aşırı egzersiz, yeme kısıtlama) normalize ederek belirtmeme ihtimaline ve/veya tıknırcasına yeme ve çıkartma sıklıklarını olduğundan daha az söyleme olasılığına değinmişler ve bu durumun BN için tam tanı koyma oranlarını düşürebileceğini ancak Eşikaltı BN için tanı koyma oranlarını yükseltebileceğini belirtmişlerdir.

Yapılan araştırmalar hem genel TYB hem de erkeklerde TYB yaygınlığının AN ve BN'ye göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavolacci, 2019; Solmi, Hotopf, Hatch, Treasure ve Micali, 2016). Örneğin, Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007 yılında ABD'de 18 yaş ve üstü yetişkinlerle yaptıkları araştırma ile AN'nin son 12 ayda kadın ve erkeklerde tespit edilmediğini, 12 aylık yaygınlık oranının erkeklerde BN için %0.1, TYB için %0.8, Eşikaltı TYB ve herhangi bir tıknırcasına yeme davranışını kapsayan Atipik YB için ise %1.23 olduğunu ve bu oranların kadınlardan daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Aynı zamanda Hay, Girosi ve Mond'un (2015) Avustralya'da 15 yaş ve üstü bireyler ile yapmış oldukları araştırma da TYB ve eşikaltı TYB'yi kapsayan TDBBYB yaygınlık oranlarının ergen ve genç yetişkinlerde AN ve BN oranlarından daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Öte taraftan, aynı çalışmada TDBBYB/TBYB kategorilerinde tanı koyma oranının DSM-IV'e göre BTAYB

kategorisinden daha düşük olduğu da görölmüştür. Tanı oranları arasındaki bu farklılık yukarıda da vurgulandığı üzere DSM-IV'ten DSM-5'e geçişte AN, BN ve TYB kategorilerinde yapılan tanı kriterlerinin (süre ve sıklık) değişmesi ile açıklanmaktadır. Ayrıca, bu tez araştırmasında TYB'nin nokta yaygınlığı AN ve BN'den daha yüksek bulunmuş ve tanı konulan iki erkek katılımcıdan birine Eşikaltı TYB (%0.18) diğerine ise TBYB (%0.18) tanısı konulduğu tespit edilmiştir. TYB'nin erkeklerdeki bu oranı, erkeklerin Atipik YB'lere daha eğilimli olduklarını ve kilo problemi yaşıyor olabileceklerini düşündürmektedir. Araştırmalar BN, TYB ve Atipik YB tanısı konulan bireylerin BKİ düzeylerinin normal BKİ aralığının üstünde olabileceğini (Fitzsimmons-Craft ve ark., 2019; Machado, Gonçalves ve Hoek, 2013) ve obezitesi olan bireylerde TYB ve Atipik YB'nin görülebileceğini göstermektedir (Carlat, Camargo ve Herzog, 1997). Bununla birlikte, TYB yaygınlığının artışına yönelik moleküler genetik yaklaşımları kullanan araştırmalar da BKİ ile ilgili genetik varyantların ergenlik döneminde aşırı yeme davranışı ilişkili olabileceğini göstermektedir (Micali, Field, Treasure ve Evans, 2015). Ayrıca, Atipik TYB belirtilerinin kadınlarda daha sık olduğu ve bunun kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının daha yüksek görölmesi ile ilişkili olabileceğini söyleyen bazı araştırmalar da mevcuttur (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavoracci, 2019; Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl L ve von Hausswolff-Juhlin, 2015; Schuch, Roest, Nolen, Penninx ve de Jonge, 2014). Bunun için, özellikle tam ve eşikaltı TYB tanısı konulması ile ilgili olarak erkekleri kadınlardan ayıran özelliklerin neler olduğunun incelendiği daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca, DSM-5'te yapılan revizyonlara rağmen (örneğin AN'den amenore'nin çıkartılması) temel YB patolojisinin hala kaslılıktan ziyade zayıf olma arzusu (drive for thinness) ve ince bedende kalmak isteği üzerinden tanımlanması, değerlendirme ölçümlerinin genelde kadınlardaki YB semptomlarını yakalamak üzere yapılması ve geçerlik çalışmalarında kadınların oluşturuğu örneklemelerin kullanılması gibi konuların erkeklerde YB patolojisinin saptanmasını ve tanımlanmasını zorlaştırdığı düşünülmektedir (Darcy, Doyle, Lock, Peebles, Doyle ve Le Grange, 2011; Stanford ve Lemberg, 2012).

Bu tez araştırmasının dikkat çekici bulgularından bir diğeri de TBYB tanısı yaygınlığının AN, BN ve Eşikaltı AN'den yüksek olması ve her iki cinsiyette de görülmesidir. TBYB'nin yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalar dünyada %0.00 ile %1.41 arasında değişen bir yaygınlık oranı bildirmektedir (Hay, Girosi ve Mond, 2015; Mustelin, Lehtokari, Keski-Rahkonen, 2016). Bu durumun hem değişen DSM-5 ile yeme davranışlarında AN ve BN kriterlerini tam olarak karşılayacak düzeyde bozulma olmayan ancak işlevsel düzeyde ciddi kayıplar yaşayan bireylerin daha kolay tespit edilmesi hem de AN ve BN'nin son yıllarda geçmişe oranla daha az görülmesi nedeniyle yaşandığı düşünülebilir. Ancak TBYB yaygınlığı hakkında daha fazla bilgi verebilmek için geniş örneklemli yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Ayrıca bu tez araştırmasında Beslenme ve Yeme Bozukluklarına yönelik DSM-5'te yer alan tüm tanı kriterleri taranmasına rağmen ÇB, GYS, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Pika ve Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu tespit edilememiştir. Yapılan ilk tarama çalışmasında kullanılan YBDÖ'nün AN, BN ve TYB belirtileri odaklı olması ve/veya araştırmanın yapıldığı yaş grubunun AN, BN ve TYB dışında kalan diğer hastalıkların tanı kriterlerini karşılama olasılıklarının düşük olması gibi nedenlerle bu tanılara ulaşılammış olabileceği düşünülmektedir.

Tüm bu verilere ek olarak elde edilen YB yaygınlık oranının dünyada hangi ülkelere benzediği de ele alınmıştır. YB'nin kıtalara göre nokta yaygınlığının ağırlıklı ortalaması Amerika'da %4.6, Asya'da %3.5 ve Avrupa'da %2.2 olarak tespit edilmiştir (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavolacci, 2019). Türkiye'de yapılan geçmiş araştırmalar ise elde edilen sonuçların daha çok batılı olmayan ülkelerdeki yaygınlık oranlarına benzediğini söylemektedir (Semiz, Kavakcı, Yağız, Yontar ve Kuğu, 2013). Ancak bu araştırmada elde edilen nokta yaygınlığı oranının Avrupa'ya daha yakın olduğu görülmekle birlikte bu oranların araştırma yöntemi, seçilen popülasyon, vb. gibi çeşitli durumlara bağlı olarak değişken olabileceği unutulmamalıdır.

YB'nin geçmişte batı etkisinde olan ülkeleri ve beyaz kadınları etkilediği ve batı etkisi dışındaki ülkelerde (Japonya, Çin, İran, Kuveyt, Mısır, Ürdün, vb.)

görölme oranlarının çok düşük olduğu bildirilse de (Makino, Tsuboi ve Dennerstein, 2004) şu anda küreselleşen dünyada neredeyse bütün ölkelerde özellikle ergenleri etkisi altına alan ciddi bir psikiyatrik hastalık olarak kabul edilmektedir (Nobakht ve Dezhkam, 2000). Bu doğrultuda, bireylerin özellikle yazılı, görsel ve sosyal medya vasıtası ile küreselleşen dünya içinde olduğu düşünöldüğünde yaptıkları sosyal karşılaştırmanın kendi költürüne ait olandan çok daha farklı özelliklere sahip ve ulaşılabilir olanları da (bedensel görünüm, fiziksel özellikler, sosyoekonomik seviye, vb.) kapsadığı düşünölmektedir. Dolayısıyla YB'nin yaygınlık oranlarında yaşanan değişimin hızı küreselleşmenin büyümesi ve yerel olanın küçölmesi kapsamında değerlendirildiğinde şaşırtıcı gözükmemektedir.

Öte yandan, ölkeler arasında YB yaygınlık oranları arasındaki farklar özellikle son yıllarda dünyanın farklı bölgelerinde yaşayan insanların değişik diyet ve beslenme alışkanlıkları, yeme davranışları ve birçok hastalık üzerinde etkisi olduğu bilinen bağırsak mikrobiyotası gibi genetik özelliklerine bağılı olarak da açıklanabilmektedir (Glenny, Bulik-Sullivan, Tang, Bulik ve Carroll, 2017; Lam, Maguire, Palacios ve Caterson, 2017; Mörkl ve ark., 2017). Bununla birlikte, toplumların ideal olarak kabul ettiği ve norm olarak benimsediği beden şekline göre de (örneğin, kıvrımlı bir şekli benimseyen ve daha yüksek beden ağırlığını idealleştiren ölkeler) bu farklılık değişebilmektedir (Kolar, Mejía Rodriguez, Mebarak Chams ve Hoek 2016).

YB yaygınlık oranlarının araştırıldığı çalışmaların yöntem açısından da değerlendirilmesi gerektiği düşünölmektedir. Bu bağlamda, araştırmalar göstermektedir ki birçok çalışmada öz bildirim envanterleri ile genel bir tarama yapılıp ardından risk grubunda olduğu belirlenen kişilerle yüz yüze görüşmelerin yürütöldüğü iki aşamalı araştırma desenleri kullanılmaktadır. Her ne kadar öz bildirim envanterleri maliyet ve zaman açısından avantaja sahip olsa da YB tanısının olup olmadığı DSM kriterleri kullanılarak yapılan görüşmeler sonucunda net olarak belirlenebilir. Bu nedenle, çalışmalar arasında yaygınlık oranları yorumlanırken araştırmanın hangi desen kullanılarak yürütöldüğü, örneklem büyüklüğü, yaş ve

cinsiyet dağılımları, tanı konma görüşmelerinin kaç araştırmacı tarafından uygulandığı gibi metodolojik konular mutlaka dikkate alınmalıdır.

4.7. Yeme Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bu tez araştırmasında tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar olarak ayrılan yeme gruplarının sosyodemografik özellikler kapsamında eğitim aldıkları fakültelere ve bölümlere göre dağılımları, yaş ortalama ve standart sapma değerleri, eğitim seviyesi, gelir durumu, çalışma durumu ve medeni durum dağılımları incelenmiştir.

Tanı konulan grubun ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun büyük çoğunluğunun beşeri ve sosyal bilimler ile sağlık bilimlerini kapsayan fakültelerden olduğu görülmektedir. Bu fakülteler içinde yer alan bölümler incelendiğinde ise tanı konulan grubun Psikoloji Bölümü (%58.62), Beslenme ve Diyetetik Bölümü (%6.89), Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü (%6.89) öğrencisi olduğu, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun ise Psikoloji Bölümü (%27.9), Öğretmenlik bölümlerinden her hangi biri (%11.6) ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü (%9.9) öğrencisi olduğu görülmektedir. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun eğitim aldıkları fakülteler ve bölümler incelendiğinde ise dağılımın neredeyse datanın toplandığı bütün fakültelere ve bölümlere yayıldığı görülmekle birlikte en yüksek orana yine Psikoloji Bölümü'nün (%19.51) sahip olduğu, ardından Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü (%9.76), Siyaset Bilimi, Kamu ve Uluslararası İlişkiler Bölümü (%7.31) ile Öğretmenlik Bölümlerinden herhangi biri (%7.31) geldiği görülmüştür. Literatürde üniversite öğrencileri ile yürütülen araştırmalara sıkça rastlanmasına rağmen bozulmuş yeme davranışı ve YB ile ilgili yapılmış araştırma sonuçlarında özellikle üniversite öğrencilerinin hangi bölümlere devam ettiklerine yönelik spesifik bir veri sunulmamaktadır. Ancak bozulmuş yeme davranışları ile stres arasındaki ilişkiyi özellikle eğitimlerinin zor olduğu düşünülen ve/veya sağlık alanında eğitim veren fakültelere (örneğin, tıp fakültesi, hemşirelik bölümü, sağlık meslek yüksekokulu ve

psikoloji bölümü gibi) devam eden öğrenciler arasında inceleyen araştırmalar olduğu görülmektedir (Aktürk, Gül ve Erci, 2019; Taher, 2019; Alzayyat ve Al-Gamal, 2014; Kelly-Weeder, Phillips, Leonard ve Veroneau, 2014; Phillips ve LoGiudice, 2020). Örneğin, Bosi, Uchimura ve Luiz'in (2009) psikoloji bölümü öğrencileri ile yürütmüş oldukları çalışmada öğrencilerin %26.29'unun bozulmuş yeme davranışları olduğunu, %5'inin ise bulimik semptomlar gösterdiği bulunmuştur. Ulaş, Uncu ve Üner'in (2013) sağlık meslek yüksek okulu öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada ise katılımcıların %4.2'sinin yeme tutum testi kesme puanının üstünde puan aldıkları görülmüştür. Tıp fakültesi öğrencileri ile yürütülmüş bir başka çalışmada ise yeme bozukluklarının psikiyatrik tanılar içinde depresyon ve anksiyete bozukluklarından hemen sonra geldiği belirtilmiştir (Volpe ve ark., 2019). Bu tez araştırmasının 'tanı konulan grubun sağlık alanında eğitim veren bölümlerde yoğunlaşması' bulgusu literatür verileri ışığında değerlendirildiğinde, bu grubun sağlığı bozucu davranışlara ya da hastalık belirtilerine karşı farkındalık düzeylerinin diğer bölümlerde eğitim gören öğrencilere göre daha yüksek olduğu düşünülebilir. Araştırmalar, sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin daha yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı olduğunu göstermektedir (Kaleli, Kılıç, Erdoğan ve Erdoğan, 2017; Ramezankhani, Ghafari, Rakhshani, Ghanbari ve Azimi, 2015). Öte yandan, bazı öğrencilerin kendi ihtiyaçlarından dolayı (yeme davranışı bozulmuş olduğu ya da ilgi alanları olduğu için) sağlıkla ilişkili olan bu tür bölümlere yönelmiş olması durumu da neden sağlıkla ilişkili bölümlerde tanı konulan grubun oranının yüksek olduğuna getirilebilecek bir diğer açıklama olabilir. Ancak, bu bulguların yöntemsel açıdan da değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Araştırma verileri tüm fakültelerden belli bir oran dahilinde toplanmış olsa bile ('yöntem' bölümünde veri toplama detaylı olarak açıklanmaktadır) İstanbul'daki üniversitelerde en fazla öğrenci alan bölümlerden biri olması nedeni ile Psikoloji Bölümünden daha fazla data toplanmış olabileceği ve bunun da yukarıda açıklanan sebepler bağlamında sonuçları etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Araştırmalar YB'nin tipik olarak yetişkinliğe geçiş sırasında başladığını, YB alanında yapılan tarama çalışmalarının çoğunluğunun üniversite öğrencileri arasında yapıldığını, bu yaş dönemindeki bireylerin daha fazla gelişimsel sorunlar ve krizler

yaşadığını (Potterton, Richards, Allen ve Schmidt, 2019), akranlar ve flört partnerleriyle daha fazla zaman harcadıklarını dolayısıyla ideal beden görüntüsüne (ince ya da kaslı olma) daha fazla önem verilen bir dönem olduğunu ve çoğu yeme patolojisinin ise geç ergenlik döneminde ortaya çıkma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Örneğin, AN ve BN için ortalama başlangıç yaşının 15 ile 19 arasında olduğu, TYB'nin ise daha geç yaşlarda ortaya çıktığı söylenmektedir (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007; Kessler ve ark. 2013; Micali, Hagberg, Petersen ve Treasure, 2013). Stice, Marti ve Rohde (2013), de hastalık için zirve yapan yaşların Eşilaltı ve eşik AN için 19 ile 20, Eşikaltı ve eşik BN için 16 ile 20, Eşikaltı ve eşik TYB ile Atipik YB'ler için ise 18 ile 20 arasında olduğunu belirtmektedirler. Bu nedenle bu tez araştırmasına YB yaygınlığı açısından toplumdaki diğer bireylere göre daha fazla risk altında olduğu düşünülen 18-25 yaş arası katılımcılar dahil edilmiş; tanı konulan grubun yaş ortalaması 20.7 (kadınlar $\bar{x}$: 20.6, erkekler $\bar{x}$: 22) , tanı konulmadığı halde bozulmuş yeme davranışları olan grubun yaş ortalaması 20.5 (kadınlar $\bar{x}$: 20.4, erkekler $\bar{x}$: 21), sağlıklı yeme örüntülerine sahip grubun yaş ortalaması ise 20.3 (kadınlar $\bar{x}$: 20.2, erkekler $\bar{x}$: 20.5) olarak bulunmuştur. Bu üç yeme grubunda da 20'li yaşlarında olan bireyler çoğunlukta olmakla birlikte katılımcıların yaş ortalamaları birbirine benzemektedir. Böylelikle tarama yapılan grupta yaşa bağlı oluşabilecek yanlılıklar en aza indirilmeye çalışılmıştır.

Katılımcıların eğitim seviyeleri incelendiğinde üç yeme grubunun da en az %75.9'unun birinci sınıf öğrencisi olduğu görülmektedir. Bu bağlamda hem YB görülme ve zirve yapma yaşının ergenlik ve beliren yetişkinlik dönemi içinde olması hem de daha kolay ulaşılabilir olması nedeniyle (Potterton, Richards, Allen ve Schmidt, 2019) yukarıda da vurgulandığı üzerine araştırma katılımcılarının büyük çoğunluğu birinci sınıfa devam eden üniversite öğrencilerinden seçilmiştir. Bununla birlikte, bu bulgular sadece 18-25 yaş aralığındaki örnekleme temsil edici niteliktedir, diğer yaş gruplarında YB sıklığı değişkenlik gösterebileceği için yaş aralığı sınırlandırılmıştır.

Grupların gelir seviyesi incelendiğinde ise üç yeme grubunun da en az %51.7'sinin orta, en az %24.4'ünün ise üst-orta gelir seviyesinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun orta ve üst-orta gelir seviyesinde olmasının vakıf üniversitelerinden toplanan verinin çoğunluğu oluşturması (%91) ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda üniversite öğrencileri arasında yapılan birçok araştırma öğrencilerin gelir seviyesini 'orta düzey' olarak tanımladıklarını göstermektedir (Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan ve Izgic, 2006; Ulaş, Uncu ve Üner, 2013). Ayrıca, her üç grupta yer alan katılımcıların en az %85.2'sinin çalışmadığı ve tamamının bekar olduğu da tespit edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu verileri Türkiye'de evlenme yaşının kadınlarda ortalama 24.8, erkeklerde ise 27.8 olduğunu (Günaydın, 2020), iş gücüne katılım oranında ise 4 yıllık yükseköğretim ve üzeri eğitilmişlerin ilk sırayı oluşturduğunu ortaya koymuştur (İslamoğlu ve Elif, 2018). Dolayısıyla bu tez araştırmasında yer alan katılımcıların yaş ortalamasının genel olarak 20 civarında olması ve üniversite birinci sınıfa devam eden bu kişilerin bekar ve çalışmıyor olması ise beklendik bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.8. Yeme Gruplarının Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında, tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar olarak ayrılan yeme gruplarının klinik özelliklerinin belirlenebilmesi için BKİ, fiziksel ve psikiyatrik bir hastalığın olup olmaması, psikiyatrik hastalığı olduğunu bildirenlerin DSM-5'e göre hangi tür hastalıkları olduğunun incelenmesi ve uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklıkları ele alınmıştır. Ayrıca klinik özellikler kapsamında katılımcıların sosyal medya kullanım sıklığı, sosyal medya kullanımına ayrılan süre, Instagram ile Facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayısı (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.) ile YB semptom düzeyleri, beden bölge ve özelliklerinden memnun olma düzeyleri, fiziksel görünüme dayalı olarak akranlar ve modeller/ünlüler ile sosyal karşılaştırma düzeyleri ve benlik saygısı düzeyleri de ele alınmıştır.

Grupların BKİ seviyeleri incelendiğinde tanı konulan grupta BKİ ortalaması 23.1 (kadınlarda 22.9, erkeklerde 25.9); tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta 24.6 (kadınlarda 23.9; erkeklerde 28.5); sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta ise 24.3 (kadınlarda 23.5, erkeklerde 25.9) olarak bulunmuştur. Yeme grupları arasında BKİ seviyeleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma tespit edilememekle birlikte üç farklı yeme grubunun da BKİ seviyeleri DSÖ'nün bildirmiş olduğu normal BKİ aralığında (18.5-24.99) kalmıştır. Ancak tanı konulan grubun tamamı ile bu gruptaki kadınların BKİ ortalamasının hem tanı konulan erkeklerin BKİ ortalamasından hem de diğer grupların BKİ ortalaması ve o gruplarda yer alan kadın ve erkeklerin BKİ ortalamalarından daha düşük olduğu göze çarpmaktadır. Öte yandan, tanı konulan erkeklerin BKİ ortalamasının da hem tanı konulan kadınlardan hem de tanı konulanların tamamının BKİ ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalar YB tanısı konulan bireylerin BKİ aralıklarının hastalığın tipine göre değişebileceğini göstermekle birlikte BKİ ortalaması en yüksek grupların TYB ve Atipik YB olduğunu ortaya koymaktadır (Carlat, Camargo ve Herzog, 1997; Solmi, Hotopf, Hatch, Treasure ve Micali, 2016; Stice, Marti ve Rohde, 2013). Bu tez araştırmasında da erkeklerin tamamına Eşikaltı TYB ve TBYB tanısı konulması BKİ ortalamasının neden kadınlara göre daha yüksek olduğunun; kadınlara, kontrol yöntemlerinin daha çok kilo kullanıldığı AN, BN, Eşikaltı AN ve Eşikaltı BN tanılarının konulması da neden BKİ ortalamasının erkeklerden daha düşük olduğunun bir açıklaması olabilir. Ayrıca, katılımcıların BKİ'lerinin kategorik dağılımı da bu bulguyu desteklemektedir. Tanı konulanların %10.3'ünü zayıf aralığında yer alanlar oluşturmaktadır ve bu grubun tamamında kadınlar yer almaktadır.

Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun hem tanı konulan gruba ve sağlıklı yeme örüntüleri olan gruba hem de o gruplarda yer alan kadın katılımcılara göre BKİ ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, bu grupta yer alan katılımcıların büyük çoğunluğunun (%85.2) normal ve fazla kilolu BKİ aralığında yer aldığı belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar, üniversite öğrencilerinin düzenli beslenemediğini, öğün atladığını, fast-food odaklı beslendiklerini ve sağlıksız kilo kontrol davranışları gösterdiklerini ve öğrencilik

dönemi boyunca çoğunluğunun BKİ'lerinde artış olduğunu ortaya koymaktadır (Neumark-Sztainer, Wall, Guo, Story, Haines ve Eisenberg, 2006; Tylka ve Subich, 2002). Yani üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğunda beslenme davranışı bozuldukça beraberinde kilo artışı meydana geldiği düşünülmektedir. Bununla birlikte özellikle aşırı kilolu BKİ aralığında olan erkeklerin kas yapıları dolayısıyla mı, yoksa sağlıksız beslenmeye bağlı kilo artışı nedeniyle mi bu aralıkta yer aldığı ise sorgulanması gereken diğer bir konudur. Bu tez araştırmasında kilo ve beslenmeye yönelik sorulan sorular maalesef bu cevabı verememektedir. Bu nedenle, bu sorunun cevabına yönelik daha geniş örneklerde ileri araştırmalar yapılmalıdır. Böylece erkek ve kadın öğrencilerin kilo artışına ve BKİ oranlarına yönelik daha güvenilir bilgi elde edileceği düşünülmektedir.

Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar incelendiğinde ise tüm grup için BKİ ortalamasının normal aralıkta yer aldığı görülmekle birlikte kadınların BKİ ortalamasının erkeklerden daha düşük ve normal aralıkta olduğu, erkeklerin BKİ ortalamasının da aşırı kilolu BKİ aralığında olduğu bulunmuştur. Bu grubun BKİ'lerinin kategorik olarak dağılımları incelendiğinde ise kadınların çoğunluğunun zayıf ve normal BKİ aralığında, erkeklerin ise fazla kilolu ve obez/morbid obez aralığında olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu Türkiye'de ve dünyada yürütülen ve cinsiyete göre üniversite öğrencileri arasındaki BKİ farklılığını inceleyen araştırma sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Araştırmalar üniversiteye devam eden kadınların vücut ağırlığının erkeklerden daha düşük olduğunu yani kadınların kilolarına erkeklerden daha fazla dikkat ettiğine işaret etmektedir (Arslan, Daşkapan ve Çakır, 2016; Mikolajczyk, Maxwell, El Ansari, Stock, Petkeviciene ve Guillen-Grima, 2010; Özütürker ve Özer, 2016). Bununla birlikte sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun BKİ ortalaması açısından tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan gruptan istatistiksel açıdan farklılaşmaması da ilgi çekici bir durum oluşturmakta ve YB değerlendirmesi için sadece BKİ seviyelerindeki artışın değil, bireylerin beden şekli ve ağırlıklarına verdiği önem ve anlam ile beden memnuniyetlerinin mutlaka sorgulanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, bu grupta yer alan kişilerin %20.7'sinin fazla kilolu, %12.2'sinin obez/morbid obez kategorisinde yer alması da sağlıklı beslendiğini

belirten üniversite öğrencilerinde bile kilo sorunu olduğunu göstermekle birlikte kilo artışının sağlıklı besinler tüketilerek mi yoksa sağlıksız besinler tüketilerek mi gerçekleştiği yine sorgulanması gereken bir diğer konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tüm bunlarla birlikte, bu tez araştırmasına dahil edilen öğrencilerin çoğunluğunun birinci sınıf öğrencisi olduğu ve en az 3 sene daha üniversiteye devam edecekleri dikkate alındığında özellikle tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişiler eğer kilo artışlarına yönelik herhangi bir önlem alamaz ise sonraki yıllarda bu artışın obezite seviyesine çıkabileceği ya da kilolarını kontrol edebilmek için sağlıksız kilo kontrol davranışları kullanma ihtimali olduğu da düşünülmektedir. Bu durum, yeme davranışı bozulmuş olan bu kişilerin her an YB'ye kayma riski taşıdıklarına işaret ediyor olabilir. Bu nedenle üniversite öğrencilerine sağlıklı kilo kontrol yöntemlerinin öğretilmesi, beslenme eğitiminin verilmesi, fiziksel egzersiz yapabilecekleri ortamların sağlanması ve sağlıklı yemek olanaklarının sunulması bireylerin hayatlarını kesintiye uğratan ve birçok problemi de beraberinde getiren YB'nin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Katılımcıların yeme gruplarına göre fiziksel ve psikiyatrik hastalık sıklıkları incelendiğinde, fiziksel hastalığı olanların tanı konulan grubun %20.7'sini; tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun %20'sini, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun %17.1'ini; psikiyatrik hastalığı olanların ise tanı konulan grubun %14.6'sını; tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun %16.4'ünü, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun ise %3.7'sini oluşturduğu görülmüştür. Her üç grupta da fiziksel hastalığı olduğunu bildiren katılımcıların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmakla birlikte psikiyatrik hastalığı olduğunu bildirenler içinde sadece sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta erkek katılımcıların oranının kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalar, YB'ye eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar olduğunu göstermektedir. Örneğin, ergenlerle yürütülen boylamsal bir çalışma YB'si olan ergenlerin erken yetişkinlik döneminde fiziksel ve zihinsel bozukluklar (kardiyovasküler semptomlar, kronik yorgunluk, kronik ağrı, sağlıksızlıktan kaynaklanan aktivitelerde sınırlamalar, bulaşıcı hastalıklar, uykusuzluk, nörolojik

semptomlar, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve erken yetişkinlik döneminde intihar girişimleri) için yüksek risk altında olduğunu ortaya koymuştur (Johnson, Cohen, Kasen ve Brook, 2002). Bununla birlikte AN ve BN'ye bağlı gelişen elektrolit dengesizliği, kardiyovasküler sorunlar, eklem ve kemiklerin zarar görmesi gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra TYB ve Atipik YB tanısı konulan kişilerin BKİ seviyelerinin yüksek olduğu düşünüldüğünde bu bireylerin sağlıksız beslenme sonucunda obezite ve obeziteye bağlı gelişen diğer fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları olabileceği de unutulmamalıdır (Robert-McComb ve Bayer, 2012; Yücel, 2013a). Katılımcıların fiziksel hastalık dağılımları yeme gruplarına göre incelendiğinde ise en yüksek oranın tanı konulan grupta, en düşük oranın ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta olduğu görülmektedir. Ayrıca tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun oranının (%20) tanı konulan gruba (%20.7) daha yakın olması da dikkat çekmektedir. Bu bulgular, hem yeme davranışında oluşan bozulmanın hem de YB'nin fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkisi olduğunu gösteren araştırmaları destekler niteliktedir.

Psikiyatrik hastalık dağılımları incelendiğinde ise en yüksek oranın tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta, en düşük oranın ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalar ruhsal bozuklukların YB için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir (Ambrose ve Deisler, 2015, s.40). Bu bağlamda değerlendirildiğinde, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin psikiyatrik hastalıkları olmasının bozulmuş yeme davranışlarının tanı konulacak düzeye gelmesini etkileyebileceği düşünülebilir. Sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta görülen psikiyatrik hastalık varlığı ise psikiyatrik hastalıklar ile yeme davranışları arasında doğrudan bir ilişki olmadığına işaret ediyor olabilir. Ayrıca üç grupta da fiziksel ve psikiyatrik hastalığı olduğunu bildiren katılımcıların olması bireylerin üniversite öğrenciliği dönemlerinde fiziksel, psikolojik ve bilişsel işlevlerini etkileyecek düzeyde problemlerle karşı karşıya kaldığının bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir. Çalışmalar, fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimin beliren yetişkinlik dönemi içinde olan bireylerde YB dahil olmak üzere birçok psikiyatrik hastalığın başlamasına ve devam etmesine katkıda

bulunabileceğini göstermektedir (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood ve Hickie, 2014; Sawyer ve ark., 2012).

Araştırmada psikiyatrik hastalığının ismini bildiren katılımcıların hastalıklarının DSM-5'e göre hangi tanı kategorileri içinde yer aldığı incelenmiş ve tanı konulan katılımcıların tamamının, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan katılımcıların %80'inin, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan katılımcıların ise %66.6'sının psikiyatrik hastalığının isimlerini söylediği görülmüştür. Buna göre, DB ve İÜİB'nin sadece tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta hem kadın hem erkekler arasında, KB'nin üç yeme grubunda da sadece kadınlar arasında, TZBİB'nin tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kadınlar arasında, DB ve İÜİB, KB, TZBİB, TSSB ve YB dışında kalan (diğer) psikiyatrik bozuklukların ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip erkekler arasında görüldüğü bulgulanmıştır.

Yapılan araştırmalarda erken ergenlik dönemindeki depresif bozukluklar, YB'nin başlangıcı için önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmekte ve depresyonun YB'de en yüksek görülen eş tanı olduğunu göstermektedir (Braun, Sunday ve Halmi, 1994; Halmi, 2010; Lewinsohn, Striegel-Moore, ve Seeley, 2000; Johnson, Cohen, Kotler, Kasen ve Brook, 2002). Ancak bu tez araştırmasında tanı konulan grup içinde DB ve İÜİB'si olduğunu belirten katılımcı olmamıştır. Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulan grupta yer alan bireyler içinde ise DB ve İÜİB'si olduğunu belirten katılımcılar mevcuttur. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta DB ve İÜİB varlığının YB için önemli bir risk faktörü olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte tanı konulan grup içinde kendini iyi gösterme eğilimi ile psikiyatrik bir hastalığı olduğunu saklayanların olabileceği ve/veya araştırmada eş tanılara yönelik tarama yapılmaması nedeni ile psikiyatrik bozuklukların oranının doğru olarak tespit edilemediği de düşünülmektedir.

Bu tez araştırmasında üç yeme grubunda da sadece kadınlarda olduğu belirlenen psikiyatrik hastalığın KB olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar bu bağlamda değerlendirildiğinde: literatürün sunduğu KB'nin üniversite öğrencileri arasında,

özellikle kadınlarda, en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu bulgusu (Auerbach ve ark., 2016; Bayram ve Bilgel, 2008) ile bozulmuş yeme davranışının depresyon, obsesif kompulsif belirtiler ve fobik anksiyete ile ilişkili olduğu bulgusunun desteklendiği düşünülebilir (Bulik ve ark., 1997; Celikel, Cumurcu, Koc, Etikan ve Yücel, 2008; Godart, Flament, Lecrubier ve Jeammet, 2000; Swinbourne, Hunt, Abbott, Russell, St Clare ve Touyz, 2012; Vardar ve Erzengin, 2011). Özellikle, ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde kadınların beden şekli ve ağırlığı ile ilgili sosyal görünüş kaygısının yeme davranışlarını bozduğu belirtilmektedir (Levinson ve ark., 2013; Pallister ve Walle, 2008). Ayrıca, bu tez araştırmasında tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta yer alan kadınların TZBİB tanısının olduğu da görülmektedir. Bu alanda yürütülen çalışmalar, takıntılı/obsesif düşünme biçiminin yeme davranışını bozduğunu ve bireylerin katı diyet uygulamalarını sürdürmelerine neden olduğunu ortaya koymaktadır (Ambrose ve Deisler, 2015, p.41).

Sağlama grubunda yer alan erkekler içinden ise sadece iki katılımcı DB ve İUİB, KB, TZBİB, TSSB ve YB dışında kalan (diğer) psikiyatrik hastalıkları olduğunu bildirmiştir. Bu bulgunun da psikiyatrik hastalıkların üniversite öğrencileri arasında görüldüğü bilgisini desteklediği düşünülmektedir (Demirel, Eğlence ve Kaçmaz, 2011).

Bu tez araştırmasında katılımcıların hangi psikiyatrik hastalıklara sahip olduğu kendilerine sorularak elde edilmiş, ayrı bir klinik tarama yapılmamıştır. Bu nedenle elde edilen oranların doğruluğu ve genellenebilirliği tartışmalıdır. Ancak, YB tanısı konulan grubun klinik grup olduğu ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun ise klinik grup olmaya aday bireylerden meydana geldiği düşünüldüğünde; bu iki grupta yer alan katılımcıların bildirdikleri psikiyatrik hastalık sayısının sağlama grubundan yüksek olmasının literatürün sunduğu bilgilere paralel olduğu görülmektedir. Bununla birlikte tanı konulan grup içinde yer alan katılımcıların hiçbirinin YB'si olduğunu bildirmemesi de ilgi çekicidir. Bu durum, yüz yüze görüşmede tanı konulan katılımcıların daha önce yeme davranışlarına

yönelik bir tanı sürecine girmediğine işaret etmekle birlikte, yine kendini iyi gösterme eğilimi nedeni ile var olan tanıları sakladıkları da düşünülmektedir.

Ayrıca, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup içinde psikiyatrik bozukluğu olanların psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylere göre YB açısından daha büyük bir risk altında olduğu düşünülebilir. Bulik'in (2002), depresyon ve kaygı bozukluklarının YB ile ilişkisini incelediği modellerinden birinde, depresyon ve kaygı bozukluklarının YB'den önce ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu nedenle bu grupta yer alan üniversite öğrencilerinin yeme davranışı ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından incelenmesi ve uygun tedaviye hızlı bir şekilde yönlendirilmesinin hem genel ruh sağlığının iyileşmesi hem de YB'nin önlenmesi açısından büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Ancak yine de bulguların genellenebilirliği açısından geniş örneklemli boylamsal çalışmalar ile Bulik'in (2002) de üzerinde durduğu modelin sınanması önerilir.

Araştırmada her bir yeme grubunun uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklık dağılımları değerlendirilmiştir. Buna göre, tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grupta yer alan kadınların oranının erkeklere göre, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta yer alan erkeklerin oranının ise kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu alanda yürütülen çalışmalar, yeme davranışı bozulmuş ve YB'si olan kadınların kilo ve beden şekli ile ilgili endişelerinin sağlıklı yeme örüntüleri olan kadınlardan ve erkeklerden daha yüksek olduğunu ve bunun da karar alma süreçlerini etkilediğini (Matsumoto ve ark., 2015; Turel, Jameson, Gitimu, Rowlands, Mincher ve Pohle-Krauza, 2018) ayrıca kadınların beden şeklini değiştirmek için diyet ve spor başta olmak üzere sağlıklı ve sağlıksız bazı kilo kontrol yöntemleri kullandığını göstermektedir (Furnham and Greaves, 1994; Grogan, 2008). Bu literatür bilgisinin, bu tez araştırmasında tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan kadınların neden sağlıklı yeme örüntüleri olan gruptaki kadınlardan daha fazla uzman kontrolünde diyet veya spor yaptığına açıklama getirdiği düşünülebilir.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta yer alan erkeklerin diğer yeme gruplarındaki erkeklerden ve kadınlardan

daha fazla oranda uzman kontrolünde diyet veya spor yapıyor olmasıdır. Bu durum erken yetişkinlik dönemlerinde olan erkek katılımcıların kadınlara oranla daha sık spor salonlarına giderek egzersiz/spor yaptıklarını düşündürebilir. Ancak, bu tez araştırmasında uzman kontrolünde yapılan diyet veya spor uygulamaları tek bir soruda sorulduğundan sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun uzman kontrolünde daha fazla diyet mi yoksa spor/egzersiz mi yaptığı netleştirilememiştir. Yapılan çalışmalar, ideal beden imgesini kadınların genellikle zayıf beden, erkeklerin ise geniş omuz ve üçgen vücut şeklinde tanımladıklarını ortaya koymakla birlikte (Atik ve Örtten, 2008) dünyada ve Türkiye’de erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha fazla fiziksel aktivite yaptığını göstermektedir (Arslan, Daşkapan, Çakır; 2016; Guthold, Ono, Strong, Chatterji ve Morabia, 2008). Bu da farklı yeme gruplarına dağılan katılımcılar içinde kadınların zayıf olabilmek adına daha fazla diyet yaptığını, erkeklerin ise geniş omuz ve üçgen vücuda sahip olabilmek adına daha fazla spor/egzersiz yaptığını düşündürmektedir. Bununla birlikte egzersiz ve spor yapan bireylerin beden memnuniyetlerinin daha yüksek olduğuna dair araştırma bulguları da mevcuttur (Loland, 1998; Öngören, 2015). Dolayısıyla, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grupta yer alan erkeklerin spor yapması dolayısıyla diğer yeme gruplarındaki katılımcılar ile karşılaştırıldığında bedenlerinden daha memnun oldukları ve bu nedenle yeme davranışlarının da bozulmadığı düşünülebilir. Bir başka deyişle, özellikle üniversite öğrencileri arasında erkek bireylerin kadınlardan daha fazla egzersiz/spor yapıyor olması, yeme davranışında oluşan bozulmanın neden daha çok kadınlarda görüldüğü sorusunun cevaplarından birini işaret ediyor olabilir.

Ayrıca, tüm yeme gruplarında uzman eşliğinde diyet veya spor yapanların oranının en fazla %24.1 olduğu belirlenmiştir. Bu da yeme gruplarının uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklığı değerlendirildiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun uzman kontrolünde diyet ya da spor yapmadığını göstermektedir. Üniversite öğrencileri ile yürütülen araştırmalar üniversite öğrencilerinin yarısından çoğunun düzenli bir fiziksel aktivite içinde olmadığını ortaya koymaktadır (Ermiş, Doğan, Erilli ve Satıcı, 2015; Korkmaz, 2010; Vançelik, Önal, Güraksın ve Beyhun, 2007). Bu bağlamda, üç farklı yeme grubuna dağılan katılımcıların büyük

çoğunluğunun uzman eşliğinde diyet veya spor yapmıyor oluşunun literatür bulguları ile paralellik taşıdığı düşünülebilir.

Diyet ve egzersiz ile ilgili olarak tüm bu veriler değerlendirildiğinde, literatür kontrolsüz yapılan diyet ve spor/egzersiz uygulamalarının YB için önemli risk faktörlerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır (Goldschmidt, Wall, Loth, Le Grange ve Neumark-Sztainer, 2012; Kadioglu ve Ergün, 2015; Patton, Selzer, Coffey, Carlin ve Wolfe, 1999). Özellikle bir uzman desteği almadan uygulanan ve hızlı kilo vermeye neden olan sağlığa zararlı kısıtlayıcı diyetlerin (detox, tek öğün beslenme, vb.) hem yanlış beslenme biçimini pekiştirdiği hem de uzun süreli açlıkların oluşmasına neden olduğu bilinmektedir. Bu da bozulmuş yeme davranışının (tek çeşit beslenme, tıkinma atakları, vb.) oluşmasına zemin oluşturmaktadır (Fairburn ve Cooper 1989, Stice ve Agras, 1999; Urbszat, Herman ve Polivy, 2002). Bu nedenle yapılan çalışmalarda yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin sağlıklı yeme davranışları olan kişilere göre daha yüksek oranda kontrolsüz diyet veya egzersiz/spor uygulamaları yaptığı görülmektedir (Holland, Brown ve Keel, 2014; Mond ve Calogero, 2009). Ancak bu tez araştırmasında yukarıda da belirtildiği üzere sadece uzman kontrolü eşliğinde yapılan diyet veya spor uygulamaları tek bir soruda sorulmuş, uzman kontrolünde olmayan diyet ve/veya spor uygulamaları sorgulanmamıştır. Bu durumun araştırma bulgularının değerlendirilmesinde yanlılık oluşturabileceği düşünülmektedir. Çünkü katılımcıların diyet veya spor yöntemlerinden hangisini daha sık kullandıkları bilinmemektedir. Bu nedenle, YB'si olan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntüleri olan kişilerin daha geniş örneklemli çalışmalarda uzman kontrolü eşliğinde ve uzman kontrolü olmaksızın uyguladıkları diyet ve egzersiz programlarının ve neden bunu seçtiklerinin ayrı ayrı incelenmesi önerilmektedir.

Yeme gruplarının sosyal medya kullanım sıklıkları incelendiğinde üç yeme grubunun da en az %96.6'sının sosyal medya kullanımı olduğu görülmüştür. We Are Social ve Hootsuite 2020 tarafından ortaklaşa hazırlanan ve dünyada sosyal medya kullanımı ile ilgili verilerin bulunduğu dijital kullanım raporunda Türkiye'de 13 ve üzeri yaş grubunun sosyal medyayı aktif bir şekilde kullanma oranının %81 olduğu,

dünyada ise bu oranın %63 olduğu belirtilmiştir (Dijital Kültür, 2020). Bu bağlamda, bu tez araştırmasında 18-25 yaş grubunun sosyal medya kullanım oranının hem dünya hem Türkiye’de saptanan orandan daha yüksek olduğu görülmektedir. İstanbul Üniversitesi ile Mobil İletişim Araçları ve Bilgi Teknolojileri İş Adamları Derneği’nin (MOBİSAD) ortaklaşa hazırladığı Mobil İletişim Sektörü Raporu ise Türkiye’de sosyal medya kullanım süresinin günde 2 saat 48 dakika olduğunu göstermektedir (Posta Gazetesi, 2020). Bu tez araştırmasında da tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun sosyal medya kullanım süre ortalaması 3.3 saat, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun 3.2 saat olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgunun Türkiye’de belirlenen sosyal medya kullanım sıklığı değerlerinden daha yüksek olduğu görülmekle birlikte bu farklılığı oluşturan nedenlerin örneklem seçimi ve yaş grubu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Aynı zamanda katılımcıların Instagram ve facebook uygulamaları üzerinden takip edilen beden görünümü ile ilgili hesap sayıları da değerlendirilmiş ve en fazla hesap takip eden grubun tanı konulan, en az takip eden grubun ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olanlar olduğu belirlenmiş ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Yani tanı konulan grubun sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruba göre Instagram ve facebook uygulamaları üzerinden beden görünümü ile ilgili daha fazla sayıda hesap takip ettiği bulunmuştur. Bu da daha fazla sosyal medya kullanan kişilerin yeme, kilo ve/veya beden şekli ile ilgili endişelerini arttıran çok fazla sayıda görüntü ve mesaja maruz kaldığını düşündürmektedir. Araştırmalar, yeme davranışlarının bozulmasına neden olan en önemli faktörlerden birinin kitle iletişim araçları olduğunu göstermektedir (Field, Cheung, Wolf, Herzog, Gortmaker ve Colditz, 1999; de Vries, Peter, de Graaf ve Nikken, 2016; McLean, Paxton, Wertheim ve Masters, 2015). Özellikle medya tarafından sunulan görüntülerde kullanılan figürlerin zayıf BKİ aralığında ve fit bir görünümde olması ya da reklamlarda sunulan görsellerin daha zayıf ve/veya kaslı ve fit olabilmesi için rötuşlanması, sosyal medya kullanıcılarının gerçekçi olmayan görünüm beklentilerine maruz kalmasına neden olabilmektedir. Bunun da hem kilo ve beden şekli ile ilgili endişelerin artması hem de beden memnuniyetsizliği ve yeme davranışında bozulma ile ilişkisi olduğu bilinmektedir (Öngören, 2015). Ayrıca, tanı

konulan kişilerin sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerden daha fazla beden görünümü ile ilişkili sosyal medya hesabı takip ediyor olmasının bir diğer olası açıklaması yeme kaygısı olan bireylerin yeme kaygısı olan diğer bireyler ile bağlantı kurmak için sosyal medya yolunu seçmesi de olabilir. Özellikle sosyal medya üzerinde YB yanlısı (Pro-ED) hesapların olduğu ve YB'si olan kişilerin bu hesapları yalnızlık duygusundan kurtulmak için kullandıkları bildirilmektedir (Juarascio, Shoaib ve Timko, 2010).

Tüm bu bulgularla birlikte, araştırmada klinik özellikler kapsamında YB semptom düzeyleri; beden bölge ve özelliklerinden memnun olma düzeyleri; fiziksel görünümüne dayalı olarak akranlar ve modeller/ünlüler ile yapılan sosyal karşılaştırma düzeyleri ve benlik saygısı düzeylerinin yeme gruplarına göre değişip değişmediği de incelenmiştir. Ancak bu farklılık erkek katılımcı sayısı azlığı nedeni ile cinsiyete göre değerlendirilememiştir.

Buna göre, YBDÖ toplam puan ve alt ölçeklerinin sonuçları değerlendirildiğinde en yüksek puanı tanı konulan grubun almış olduğu, ardından tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grubun geldiği ve en düşük puanı ise sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun aldığı görülmüştür. Bu puanlar arasındaki farklar istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde ise:

1- Tanı konulan kişilerin YB genel semptom düzeyinin, yeme ile ilgili endişe düzeyinin, kilo ile ilgili endişe düzeyinin ve beden şekli ile ilgili endişe düzeyinin tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu;

2- Tanı konulan kişilerin yeme kısıtlama düzeylerinin sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu;

3- Tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin yeme ve beden şekli ile ilgili endişe düzeylerinin sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öte yandan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişiler ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişiler arasında YB genel semptom düzeylerinin, yeme kısıtlama düzeyinin ve kilo ile ilgili endişelerin; tanı konulan ve tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişiler arasında ise yeme kısıtlama düzeyinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturacak düzeyde değişmediği tespit edilmiştir.

Tüm bu bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, tanı konulan grubun YB semptom düzeylerinin diğer yeme gruplarından daha yüksek olduğu bir kez daha kanıtlanmıştır. Bir diğer önemli bulgu ise tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan grup ile sağlıklı yeme örüntüleri olan grup arasında YB semptomlarını oluşturan alt alanlardan (genel semptom düzeyi, kısıtlama düzeyi ve kilo ile ilgili endişeler) alınan puanların istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmamasıdır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde, YB genel semptom düzeyi ve kilo ile ilgili endişeler alt alanlarında tanı konulan grup ile sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup arasında ve tanı konulan grup ile tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup arasında farklılık olmasına rağmen tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup arasında farklılık bulunamamasının en önemli nedenlerinden birinin tanı konulan kişilerin yeme davranışlarındaki bozulmanın patolojik düzeyde olması söylenebilir. Bununla birlikte, üç farklı yeme grubuna dağılsa da beliren yetişkinlik dönemi içinde olan bu bireylerin kilo ile ilgili benzer düzeyde kaygılarının olduğu ve YB tanısı için kilo ilgili endişenin tek başına yeterli olmadığı düşünülebilir. Ayrıca, üç farklı yeme grubuna ayrılan katılımcıların YBDÖ ölçeğinden en yüksek puan alan %10'luk dilimi oluşturduğu dikkate alındığında bu gruplarda yer alan kişilerin bir ölçüde yeme davranışında değişim yaşandığı da belirtilebilir. Daha önce de vurgulandığı üzere, üniversite öğrencileri ile yürütülen araştırmalar beliren yetişkinliğin getirmiş olduğu fiziksel, bilişsel, sosyal ve psikolojik yüklerin dışında (Arnett, 2000, 2014) yurt ortamında yaşamak, aileden uzakta kalmak, kampüste sağlıklı gıdaya ulaşmada zorluk, dersler arasında yemek için zaman olmaması gibi çevresel nedenlere bağlı olarak da yeme davranışlarında bozulmalar yaşandığını ortaya koymaktadır (Ermiş, Doğan, Erilli ve Satıcı, 2015; Small, Bailey-Davis, Morgan ve Maggs, 2013). Ek

olarak, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup, YBDÖ'den aldığı puanların tanı konulan gruptan düşük, sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan gruptan yüksek olması nedeni ile sağlıklı yeme davranışları ve sağlıklı yeme davranışları arasında kalan orta bir grup olarak değerlendirilebilir. Bu da YB ile ilişkili epigenetik faktörlerin çalışıldığı araştırmaların da ortaya koyduğu gibi çevresel stres faktörleri olarak tanımlanan obstetrik komplikasyonlar, çocukluk dönemi istismarı ve aşırı diyetin neden olduğu yetersiz beslenme ile ergenlikten yetişkinliğe geçiş döneminde yaşanan stres gibi çeşitli değişkenlerle karşılaşıldığında (Thaler ve Steiger, 2017) üniversite öğrencilerinde yeme davranışlarının daha da bozulabileceğini ve patolojik bir seviyeye çıkabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle üniversite öğrencileri için eğitim aldıkları yerlerde fiziksel ve psikolojik açıdan destekleyici ortamların oluşturulmasının önemli olduğu söylenebilir.

Bu tez araştırmasının dikkat çeken bir diğer önemli bulgusu ise yeme kısıtlama düzeyi açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın sadece tanı konulan grup ile sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup arasında olmasıdır. Bir başka deyişle tanı konulan grup ile tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan grup yeme kısıtlama düzeyi açısından birbirine benzemektedir. Bu doğrultuda yürütülen araştırmalar üniversite öğrencileri arasında özellikle kadınlarda beden memnuniyetsizliğinin diyet yapma davranışını etkilediğini (Goldfield, Moore, Henderson, Buchholz, Obeid ve Flament, 2010; Mulasi-Pokhriyal ve Smith, 2010) ve kadınların diyet yapma oranlarının erkeklere göre daha yaygın olduğunu (Racette, Deusinger, Strube, Highstein ve Deusinger, 2005; Ulaş, Uncu ve Üner, 2013) ortaya koymaktadır. Ancak kontrolsüz uygulanan diyetlerin sağlıklı bir yeme davranışı oluşturmak yerine bireyleri patolojik bir sürece taşıyabileceği bilinmektedir (Neumark-Sztainer, Wall, Guo, Story, Haines ve Eisenberg, 2006; Patton, Selzer, Coffey, Carlin ve Wolfe, 1999). Ayrıca, özellikle medyanın kilo ile ilgili endişeleri beslediği ve bunun da yeme bozukluğu semptomları ile ilişkisi olduğu da belirtilmektedir (Blond, 2008; Hawkins, Richards, Granley ve Stein, 2004; Stice, Schupak-Neuberg, Shaw ve Stein, 1994; Stice ve Shaw, 2002; Tylka, 2011).

Bu tez araştırmasında elde edilen bir diğer önemli sonuç ise sadece yeme ve beden şekli ile ilgili endişe düzeylerinin tüm yeme grupları arasında birbirinden farklılaşmasıdır. Bu bulgunun da daha önce de belirtildiği üzere kilo miktarı ve beden şekli ile ilgili endişelerin yeme davranışında bozulmaya yol açtığı ve bu durumun YB açısından ciddi bir risk oluşturduğuna yönelik literatür bulgularını desteklediği düşünülmektedir (Lin, Strong, Latner, Lin, Tsai ve Cheung, 2020). Ayrıca, yeme ile ilgili endişeler ve beden şekli ile ilgili endişelerin YB açısından risk altında olduğu düşünülen gruplarda YBDÖ'nün diğer alt ölçeklerinin ortaya koyduğu sonuca göre daha belirleyici olduğu varsayılabilir. Ancak bu hipotezin daha büyük örneklemelerde sınanması gerekmektedir. Bu tez araştırmasının ortaya koyduğu sonucun vaka sayısı azlığı nedeni ile genellenebilirliğinin tartışmalı olduğu düşünülmektedir.

Tüm bu sonuçların, YBDÖ'nün YB semptomlarını ayırt edebilen geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu bir kez daha işaret ettiği düşünülmektedir. Öte yandan, YB açısından risk altında olduğu belirlenen üniversite öğrencilerinin sağlıklı beslenme kurallarının ve yeme davranışlarını etkileyen faktörlerin neler olduğunun öğretildiği korucu/önleyici çalışmalara dahil edilmesinin gerekliliğini de ortaya koyduğu düşünülmektedir.

BBÖMOA ve alt ölçeklerinin sonuçları değerlendirildiğinde; tanı konulan kişilerin beden bölge ve özelliklerinden genel olarak, beden genel görünümünden ve beden üyelerinden tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilere göre daha memnuniyetsiz oldukları görülmektedir. Bu da beden bölge ve özellikleri kapsamında belirlenen memnuniyet düzeylerinin tanı konulan grupta diğer gruplara göre daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Burada dikkat çeken nokta, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan grup ile sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grup arasında BBÖMOA toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın bulunamamış olmasıdır. Ancak puanlar incelendiğinde beden memnuniyeti en yüksek olan grubun sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan, en düşük grubun ise tanı konulan grup olduğu görülmektedir. Bu da beden

memnuniyetsizliğinin yeme davranışı bozulmuş olan gruplarda daha yüksek olduğunu bir kez daha kanıtlar niteliktedir (Stice ve Desjardins, 2018).

Ayrıca, tanı konulan kişilerin gövdelerinden duydukları memnuniyetin sağlıklı yeme örüntüleri olan kişilerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak; tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerden ise istatistiksel açıdan anlamlı olmadan daha az olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, yüz özelliklerinden duydukları memnuniyet açısından değerlendirildiğinde ise en düşük memnuniyet düzeyi tanı konulan grup, en yüksek memnuniyet düzeyi sağlıklı yeme örüntüleri olan grup olmasına rağmen yine gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Vücudunun alt bölümüne ait parçalara yönelik (karın, kalça, bacaklar ve uyluklar) memnuniyetin 18-24 yaş arasında olan Kanadalı ve Hintli kadınlarda değerlendirildiği bir araştırmada Kanadalı kadınların vücudunun alt bölgelerinden Hintli kadınlara göre daha fazla memnuniyetsiz oldukları, Hintli kadınların ise yüz, boyun, omuzlar ve göğüsleri kapsayan vücutlarının üst bölgelerinden daha fazla memnuniyetsiz oldukları görülmüştür (Gupta, Chaturvedi, Chandarana ve Johnson, 2001). Bu doğrultuda, bu tez araştırmasının bulgularının batılı toplumları örnekleyen Kanadalı üniversite öğrencilerine benzer olduğu söylenebilir. Bununla birlikte başka bir çalışma ise erkek katılımcıların üst bedenlerinde daha güçlü ve daha uzun olmayı istediklerini ortaya koyarken kadın katılımcıların kilo sorunu olmamasına rağmen uyluk, bel ve kalça bölgelerinde (alt beden) daha zayıf olmak istediklerini göstermiştir (Lee, Leung, Lee, Yu ve Leung, 1996). Dolayısıyla, her iki cinsiyette de katılımcıların beden görünümlerinden memnun olmadıkları belirlenmiştir.

FGDSKÖ Akranlar ve Modeller/Ünlüler bölümü sonuçları değerlendirildiğinde, akranlara yönelik yapılan fiziksel görünüme dayalı sosyal karşılaşmanın gruplar arasında farklılaşmadığı ancak modeller/ünlüler ile yapılan fiziksel görünüme dayalı sosyal karşılaşmanın gruplar arasında farklılaştığı görülmüştür. Bir başka deyişle, tanı konulan kişilerin kendilerini tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilere göre modeller, aktrisler ve diğer ünlü kişilerle daha olumsuz sosyal karşılaştırma ve

daha düşük bir sosyal sıralama yaptıkları tespit edilmiştir. Bu bulgu, hangi alt tipi olduğu fark etmeksizin YB'nin temel özellikleri (beden görüntüsünün aşırı değerlendirilmesi, fiziksel görünüşün kişinin kendilik değerini oluşturmaya, vb.) düşünüldüğünde anlaşılabilir bir sonuç oluşturmaktadır (Fairburn, 2008).

Ve son olarak TMBSÖ sonuçları değerlendirildiğinde ise, tanı konulan kişilerin benlik saygılarının tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan kişilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgunun da diğer sonuçlar gibi düşük benlik saygısının cinsiyet fark etmeksizin YB için risk oluşturduğunu ve YB'si olan bireylerin olmayan bireylere göre daha düşük düzeyde benlik saygısı olduğunu ve gösteren literatür bulguları ile uyumlu olduğu görülmektedir (Kästner, Löwe ve Gumz, 2019; Van Den Berg, Mond, Eisenberg, Ackard ve Neumark-Sztainer, 2010).

Özetle tüm bu bulgular, YB tanısı konulacak düzeyde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin hem tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulan hem de sağlıklı yeme örüntüleri olan kişilerden yeme davranışları, beden memnuniyet düzeyleri, diğerleri ile fiziksel görünüşlerini karşılaştırma düzeyleri ve benlik saygısı düzeyleri gibi önemli psikososyokültürel risk faktörleri açısından farklılaştığını ortaya koymaktadır. Bir diğer yandan da tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan kişilerin ölçüm araçlarından elde edilen puan ortalamaları sağlıklı yeme örüntüleri olan kişilerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmamasına rağmen bu grubun daha dezavantajlı olduğunu göstermektedir.

Yukarıda da sözü edildiği gibi YB ile ilgili olarak yürütülen çalışmalar, birçok faktörün yeme davranışını etkilediğini göstermektedir. Bununla birlikte, alanda yürütülen çalışmaların birçoğu bu tez araştırmasında değinilen psikososyokültürel değişkenler etrafında şekillenmektedir. Örneğin, Stice ve Desjardins, (2018) artan beden memnuniyetsizliği ile bozulmuş yeme davranışları arasında bir ilişki olduğunu ifade etmektedirler. Bununla birlikte, fiziksel görünüme dayalı sosyal karşılaştırma eğilimleri ile beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişkiye zayıflık ideali içselleştirmesi (Stice, Nemeroff ve Shaw, 1996; Vartanian ve Dey, 2013) ve kişinin kendi bedeninin diğerleri tarafından izlendiğine yönelik

endişelerinin (body surveillance) aracılık ettiği belirtilmektedir (Tylka ve Sabik, 2010). Yani, bedenlerinin diğerleri (özellikle akranları) tarafından izlendiğini/incelendiğini/eleştirildiğini düşünen ve/veya medyanın sunduğu ideal bedeni benimseyen bireylerin daha fazla olumsuz sosyal karşılaştırma yaptıkları ve beden memnuniyetsizliklerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, bu tez araştırmasında da bulgulandığı üzere facebook gibi sosyal medya hesaplarını daha yüksek sıklıkta kullanan kişilerin daha fazla medya tarafından ideal olarak sunulan beden içerikli görüntülere maruz kaldığı ve bunun da beden memnuniyetsizliği ile ilişkisi olduğu unutulmamalıdır (Fardouly ve Vartanian, 2015).

4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Bu tez araştırmasının güçlü yönleri ve literatüre olan katkılarının yanı sıra her araştırmada olduğu gibi bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın sınırlılıkları ele alındığında ise ilk olarak veri toplanan katılımcı grubunun araştırma sorularına hatalı ve eksik yanıtlar verdiği ve bazı ölçeklerin boş bırakılıp doldurulmadığı görülmüştür. Araştırmada toplam 2060 öğrenciye ulaşılmış ancak 184 kişinin verisi sözü edilen nedenler dolayısıyla kullanılamamıştır. Bununla birlikte risk grubunda olduğu belirlenen ve tanı değerlendirmesi için yüz yüze görüşmeye davet edilen 195 katılımcının %43.1'i, sağlama grubunda olduğu belirlenen 162 katılımcının ise %28'sinin yine çeşitli nedenlerle görüşmeye katılmak istememesi bir diğer sınırlılığı oluşturmaktadır. Özellikle risk grubunda yer alan ve görüşmeye katılmayı kabul etmeyen katılımcıların YB açısından belirtilerini saklıyor olma ihtimali düşünüldüğünde araştırma sonucunda elde edilen yaygınlık oranının toplumda 18-25 yaş arasında görülen YB'yi tam olarak temsil edip etmediği tartışmalıdır.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı risk grubunda olduğu belirlenen kişilerin öz bildirim ölçeği olan YBDÖ kullanılarak belirlenmiş ve yüz yüze görüşmeye davet edilmiş olmasıdır. Dolayısıyla YB'nin nokta yaygınlığına yönelik yapılan tarama sadece risk grubunda olan ve görüşmeyi kabul eden kişilerle gerçekleştirilmiştir. Bu da YBDÖ'ye doğru cevaplar vermeyerek düşük puan alan ve YB açısından risk altında olan diğer katılımcılara ulaşılmasını engellemiştir. Ancak bu noktada hata

payının en aza indirilebilmesi için araştırmada yalancı negatiflik oranı belirlenmiş ve risk grubunda olmayan kişiler içinden de %5'lik bir oranın YB açısından taranması sağlanmıştır. Literatür, öz bildirim ölçekleri yoluyla belirlenen risk gruplarında yapılan tarama çalışmaları dışında toplumda yer alan her birey ile görüşme yapılarak yürütülen tanı tarama çalışmalarının daha net sonuçlar ortaya koyabileceğini söylemektedir (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavolacci, 2019; Stice, Marti ve Rohde, 2013). İleriki çalışmalarda büyük araştırma ekiplerinin kurulması ve bu doğrultuda daha geniş örnekleme olan araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir.

Ek olarak, tanı görüşmesine alınan üniversite öğrencileri içinde psikiyatrik hastalık olarak YB'si olduğunu bildiren hiçbir katılımcının olmaması hastalık belirtilerini gizleyen grubun olması dışında şiddetli YB semptomları olan bireylerin okula devam edemeyebileceğini ve dolayısıyla araştırma içinde yer alamadığını düşündürmüştür. Bu nedenle, bu yaş aralığında olup da hastanede yatan ya da evde tedavi altında olan YB hastalarının verisine ulaşılammış ve bu durumun YB'nin nokta yaygınlığının doğru olarak tespit edilmesine engel oluşturabileceği yorumu getirilmiştir. Ayrıca, 18-25 yaş arasında olup üniversite eğitimi yerine özel sanat okullarına devam eden katılımcıların da bu araştırmaya dahil edilmemesinin yine başka bir sınırlılık olarak karşımıza çıktığı düşünülmektedir.

Bu tez araştırmasında örneklem sadece 18-25 yaş arasında olan üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Ancak YB alanında yürütülen araştırmalar ergenlik dönemindeki bireylerin de risk altında olduğunu ortaya koymaktadır (Keski-Rahkonen ve Mustelin, 2016; Neumark-Sztainer, Wall, Guo, Story, Haines ve Eisenberg, 2006). Bu nedenle, ergenlik dönemindeki bireylerin YB açısından değerlendirilmesi ile bu tez araştırmasında elde edilen nokta yaygınlık oranlarının daha da yükselebileceği düşünülmektedir. Araştırma verileri bu kapsamda değerlendirildiğinde, sonuçların beliren yetişkinlik dönemi içinde olan üniversite öğrencilerinden elde edildiği unutulmamalıdır.

Ayrıca, bu çalışmada kesitsel araştırma deseni kullanılmıştır ve YB'nin sadece nokta yaygınlığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir. Bunun da YB'nin yıllar içinde nasıl değişim gösterdiği ile ilgili kesin sonuçlara ulaşılmasını ve yaşam boyu

görölme sıklığı ile ilgili net kanıtlar olmaması nedeni ile YB'yi etkileyen psikososyokültürel değişkenlerden hangilerinin daha belirleyici olduğunun tespit edilmesini engellediği düşünülmektedir. Bu nedenle YB yaygınlığına yönelik yürütölen araştırmaların riskli olduğu belirlenen gruplarda ergenlik dönemi itibari ile boylamsal araştırma desenleri kullanılarak yürütölmesi önerilmektedir.

Araştırmanın bir diğör sınırlılığı ise bireylerin YB açısından risk grubu olarak belirlenmesi için kullanılan YBDÖ'nün YB'yi zayıflık arzusu kapsamında inceleyen yani daha çok kadınlara yönelik soruları içeren bir ölçek olmasıdır. Oysa literatür, erkeklerde YB'nin kaslı ve güçlü görünmek arzusu ile ilişkili olabileceğini belirtmektedir (Hargreaves ve Tiggemann, 2009). Bu bağlamda, bu araştırmada YB'si olan bütün erkeklere ulaşamadığı düşünülebilir. Ayrıca, YB'nin özellikle erkeklerde cinsel yönelime göre değişebileceğini ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (Diemer, Grant, Munn-Chernoff, Patterson ve Duncan, 2015; Feldman ve Meyer, 2007). Ancak bu tez çalışmasında katılımcıların cinsel yönelimleri sorulmadığı için erkek katılımcıların YB nokta yaygınlığı verisinin araştırmanın bir diğör sınırlılığını oluşturduğu söylenebilir.

Araştırmada yüz yüze yürütölen tanı değeriendirme görüşmelerinde kullanılan *DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5)* araştırmacı tarafından daha önce Türkçe'ye adapte edilmiştir (Deveci, Sertel Berk ve Yücel, 2019). Adaptasyon çalışması sonuçları ölçüm aracının geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu ortaya koymakla birlikte EDA-5'in Türkçe versiyonu ile yapılmış başka araştırmalar yoktur. Bu da başka bir sınırlılık olarak yorumlanabilir. Bu nedenle EDA-5'in başka çalışmalarda da kullanılması önerilmektedir. Böylece diğör çalışmalardan elde edilen sonuçların bu tez araştırmasının bulgularını destekleyeceği düşünülmektedir.

Araştırmanın bir diğör sınırlılığı, katılımcılar ve araştırmacı arasında yaşanan ulaşım ve ortak zaman oluşturma sorunudur. Katılımcılar, İstanbul'un farklı bölgelerinde yaşamaları nedeni ile araştırmacının bulunduğu bölgeye ulaşım konusunda ve yoğun ders ve sınav programı nedeni ile de ortak zaman oluşturma konusunda sorun yaşamışlardır. Bundan dolayı, tanı görüşmeleri gelebilen

katılımcılarla yüz yüze görüşmeler, gelemeyen katılımcılarla çevrimiçi görüntülü/yüz yüze görüşmeler yapılarak yürütülmüştür. Özellikle çevrimiçi ortamda yürütülen görüşmelerde verilen yanıtların yanlı olma ihtimali düşünülerek tanı görüşmeleri iki deneyimli klinik psikolog tarafından sürdürülmüştür.

Ayrıca bu tez araştırmasının önemli bir aşaması olan YB'yi etkileyen psikososyokültürel değişkenlerin belirlenmesi kısmında fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığı, uzman kontrolünde diyet veya spor yapma sıklığı ile sosyal medya kullanım içeriğini belirleyen sorunun (*Instagram ya da facebook hesabınızdan beden görünümü ile ilgili takip ettiğiniz kaç hesap vardır? (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.)*) demografik form vasıtası ile katılımcılara sorulması ve bu soruların cevapları için geçerli ve güvenilir bir ölçek kullanılmaması bir diğer sınırlılığı oluşturmaktadır. Öte yandan, araştırmada kültürel değişkenlere yönelik de doğrudan bir soru sorulmamış ve YB'nin kültürel faktörlere (etnik köken, yeme alışkanlıkları, büyüdüleri/yaşadıkları çevre, vb.) bağlı olarak değişimi değerlendirilememiştir. Bu doğrultuda, psikososyokültürel değişkenlerin etkileri açısından ele alındığında, YB ile ilişkili olduğu düşünülen psikolojik, sosyal ve kültürel değişkenleri kapsayan soruların ileriki araştırmalarda daha detaylı olarak geçerli ve güvenilir ölçekler vasıtasıyla sorulması önerilmektedir. Böylece, benzer kültürel yapılara sahip bölgelerde ve/veya ülkelerde YB yaygınlığına yönelik daha net karşılaştırmalar yapılabileceği düşünülmektedir.

Son olarak, araştırmadaki sınırlılığı oluşturan faktörlerden bir diğerinin de tanı görüşmesi sonucunda farklı yeme gruplarına (tanı konulan, tanı konulmadığı halde yeme davranışı bozulmuş olan ve sağlıklı yeme örüntüleri olan) ayrılan katılımcıların klinik özellikleri kapsamında incelenen YB semptom düzeyi, beden bölge ve özelliklerinden memnun olma düzeyi, fiziksel görünüme dayalı olarak akranlar ve modeller/ünlüler ile sosyal karşılaştırma düzeyi ve benlik saygısı düzeyinin erkek katılımcı sayısı azlığı nedeni ile cinsiyete göre incelenememiş olmasıdır. İleriki çalışmalarda özellikle erkeklerde YB ile ilişkili olduğu bilinen kaslı bir vücuda sahip olma ya da cinsel yönelim gibi değişkenlerin araştırma sorularına

dahil edilmesi ve YB yaygınlığının daha geniş örneklemelerde bu açıdan da incelenmesi önerilmektedir.

Yukarıda sözü edilen tüm kısıtlılıklar (örneklem seçimi, kullanılan ölçüm araçları, araştırma yöntemi, yüz yüze görüşmeye katılan katılımcıların özellikleri, toplam katılımcı sayısı) YB'nin epidemiyolojisi ile ilgili elde edilen verinin değişebilir olduğunun da bir göstergesi olarak tanımlanabilir. Her ne kadar literatür YB'de artma eğilimi olduğunu belirtse de özellikle YB'nin yaygınlığına yönelik elde edilen farklı sonuçlar gerçek yaygınlık oranının bilinmediğinin ve tespit edilenden daha yüksek olabileceğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Tüm bu kısıtlılıklarla birlikte bu tez araştırmasının literatüre önemli katkıları bulunmaktadır. Öncelikle, bu araştırmanın Türkiye'de YB yaygınlığının belirlendiği metropol bir şehirde ve geniş bir örneklemde yürütülmüş ilk çalışma olma özelliği taşıdığı söylenebilir. Bununla birlikte, bu çalışmada elde edilen bulgular YBDÖ'nün risk gruplarını belirlemede bir kesme puanının olabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca, sosyal medya kullanım sıklığından ziyade sosyal medyada erişilen içeriklerin (örneğin, beden görünümü ile ilişkili hesaplar) YB'yi etkileyen önemli risk faktörlerinden biri olduğu bir kez daha kanıtlanmıştır.

Bu tez araştırması, çeşitli nedenlere bağlı olarak yeme davranışında bozulma meydana gelebileceğini ve YB'nin yeme davranışı bozulduğunda hemen ortaya çıkmadığını göstermektedir. Özellikle tanı değerlendirme görüşmesi sırasında tanı konulan ve sağlıklı yeme örüntülerine sahip olan grubun dışında tanı konulmadığı halde yeme davranışları bozulmuş olan bir grubun olduğunun tespit edilmesi üniversite öğrencileri arasında hangi özelliklere sahip kişilerin daha fazla risk altında olabileceği ile ilgili bir bilgi sunmaktadır. Bu nedenle, YB'yi önlemek üzere yürütülen koruyucu çalışmalarda sağlıklı ya da hasta olmak arasında gidip gelen bu grupların tespit edilmesi ve uygun desteği almaları sağlanmalıdır.

Ayrıca, özellikle ergenlik dönemini tamamlama aşamasına gelen ancak henüz yetişkin olmanın tüm sorumluluklarını yerine getiremeyen ve beliren yetişkinlik dönemi içinde olan üniversite öğrencilerinin çözmesi gereken en önemli

yaşam krizlerinden birinin kimlik çatışması olduğu unutulmamalıdır (Arnett, 2000, 2014). Bu nedenle, yürütülecek koruyucu/önleyici çalışmalarda öğrencilerin kimlik oluşturma çabası dikkatle incelenmelidir. Öte yandan, koruyucu/önleyici programların içeriklerinde beslenme ve yeme davranışları ile ilgili doğru bilgilerin verildiği psikoeğitimlerin yanı sıra bireylerin özellikle medya tarafından idealize edilen ince ve/veya kaslı bedende olma arzusundan uzaklaşmasını sağlayacak tekniklerin yer alması önerilmektedir. Bu yaş grubundaki bireylerde sosyal ilişkilerin güçlendirilmesinin, iletişim kurma becerilerinin geliştirilmesinin ve spor ve/veya sanat gibi farklı alanlarda kendilerini ifade edebilmelerinin sağlanmasının hem fiziksel ve psikiyatrik sağlıklarını korumak adına hem de sağlıklı bir toplum oluşturmak adına büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- ABOUSERIE, R.: 1994 “Sources And Levels Of Stress In Relation To Locus Of Control And Self Esteem In University Students”, **Educational Psychology**, 14/3, 323-330.
- ACKARD, D. M., FULKERSON, J. A., NEUMARK-SZTAINER, D.: 2011 “Psychological and Behavioral Risk Profiles As They Relate To Eating Disorder Diagnoses And Symptomatology Among A School-Based Sample Of Youth”, **International Journal Of Eating Disorders**, 44/5, 440-446.
- AGRAS, W. S., WALSH, B. T., FAIRBURN, C. G., WILSON, G. T., 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.
- AKAY, G. G.: 2016 “Yeme Bozukluklarında Fiziksel Açlığı Duygusal Açlıktan Ayırt Edebilme”, **Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics**, 1/2, 17-22.
- AKIN, A., YILDIZ, B., ÖZÇELİK, B.: 2016 “Duygusal Yeme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği”, **Journal Of International Social Research**, 9/44, 776-781.
- AKTÜRK, Ü., GÜL, E., ERCİ, B.: 2019 “The Effect Of Orthorexia Nervosa Levels Of Nursing Students And Diet Behaviors And Socio-Demographic Characteristics”, **Ecology Of Food And Nutrition**, 58/4, 397-409.
- ALEGRIA, M., WOO, M., CAO, Z., TORRES, M., MENG, X. L., STRIEGEL-MOORE, R.: 2007 “Prevalence And Correlates Of Eating Disorders In Latinos In The United States”, **International Journal Of Eating Disorders**, 40/3, 15-21
- ALLAN, S., GILBERT, P.: 1995 “A Social Comparison Scale: Psychometric Properties and Relationship to Psychopathology”. *Personality and Individual Differences*, 19/3, 293–299.

- ALLEN, K. L., BYRNE, S. M., HILL, H., VAN EEKELEN, A., MATTES, E., FOSTER, J. K.: 2013 "Neurocognitive Functioning In Adolescents With Eating Disorders: A Population-Based Study", **Cognitive Neuropsychiatry**, 18/5, 355-375.
- ALLEYNE, M., ALLEYNE, P., GREENIDGE, D.: 2010 "Life Satisfaction and Perceived Stress Among University Students In Barbados", **Journal Of Psychology In Africa**, 20/2, 291-297.
- ALLISON, KC., LUNDGREN, JD., O'REARDON, JP., MARTINO, NS., SARWER, DB., WADDEN, TA., ET AL.: 2008 "The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric Properties Of A Measure Of Severity Of The Night Eating Syndrome", **Eat Behav**, 9, 62-72.
- ALTINSOY, S.: 2011 "Yeni Devlet Üniversitelerinin Gelişimi: Sorunlar ve Politika Önerileri", **Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi**, 1/2.
- ALZAYYAT, A., AL-GAMAL, E.: 2014 "A Review of The Literature Regarding Stress Among Nursing Students During Their Clinical Education", **International Nursing Review**, 61, 406-415.
- AMBROSE, M., DEISLER, V.: 2015 "Diagnosis and Treatment" In Eating Disorders: Examining Anorexia, Bulimia, and Binge Eating, **Enslow Publishers, Inc.**, 54-58.
- AND, A., SYLVESTER, M.D., TURAN, B., UYSAL IRAK, D., RAY, M.K. BOGGIANO, M. M.: 2017 "The Turkish Palatable Eating Motives Scale (T-PEMS): Utility in Predicting Binge-Eating Eating and Obesity Risk in University Students", **Eating And Weight Disorders**.
- ANNUS, A. M., SMITH, G. T., MASTERS, K.: 2008 "Manipulation of Thinness and Restricting Expectancies: Further Evidence for A Causal Role of Thinness and Restricting Expectancies in The Etiology Of Eating Disorders", **Psychology Of Addictive Behaviors**, 22/2, 278.

- ANNUS, A. M., SMITH, G. T., FISCHER, S. F., HENDRICKS, M., WILLIAMS, S. M.: 2007 "Associations Among Family-of-Origin Food-Related Experiences, Expectancies, And Disordered Eating" **International Journal of Eating Disorders**, 40, 179–186.
- ANZAI, N., LINDSEY-DUDLEY, K., BIDWELL, R. J.: 2002 "Inpatient and Partial Hospital Treatment for Adolescent Eating Disorders", **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 11/2, 279-309.
- APA.: 2007 "American Psychological Association. Guidelines For Psychological Practice With Girls And Women And Women". **American Psychologist** 62, no. 9, 949–979.
- APA: 2018 "American Psychological Association. Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women." **American Psychologist** 62, No. 9/2007, 949–979., (Çevrimiçi) <https://www.Apa.Org/About/Policy/Psychological-Practice-Girls-Women.Pdf> 24 Aralık 2020.
- ARASLAN, N.: 2012 "Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Çocukluk Çağı Obezitesi ile Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Arasındaki İlişki" (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ARCHER, L. A., ROSENBAUM, P. L., STREINER, D. L.: 1991 "The Children's Eating Behavior Inventory: Reliability and Validity Results", **Journal Of Pediatric Psychology**, 16/5, 629-642.
- ARICAK, O.: 2005 "Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı", **Psikoloji Çalışmaları/Studies in Psychology**, 25, 19-30.
- ARNETT JJ.: 2000 "Emerging Adulthood: A Theory of Development From The Late Teens Through The Twenties", **Am Psychol** 55, 469–480., (Çevrimiçi) <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>.
- ARNETT, J. J.: 2014 "Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties", **Oxford University Press**.

- ARSLAN, S. A.,
DAŞKAPAN, A., ÇAKIR,
B.: 2016 “Üniversite Öğrencilerinin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının Belirlenmesi”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 15/3, 171-180.
- ASLAN, S. H.: 2001 Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi, **Düşünen Adam**, 14/1, 41-47.
- ASLANTAŞ-ERTEKİN,
B.: 2010 “Yeme Bozukluğu Hastalarında Aile Ortamının ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- ATAK, H., ÇOK, F.: 2010 “İnsan Yaşamında Yeni Bir Dönem: Beliren Yetişkinlik” **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi** : 17/1.
- ATASOY, N., ATİK, L.,
SARAÇLI Ö., KONUK,
N., ANKARALI, H. VE
GÜRİZ, O., AKDEMİR,
A., SEVİNÇER, G., M.:
2014 “Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunun Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 15/3, 238-247.
- ATİK D., NEŞE, A.
ÖZCAN-YÜCE, U.: 2019 “Scale Development Study: Hedonistic Eating Scale”, **Acta Medica Alanya**, 3/2, 147-153.
- ATİK-ALTINOK, Y.,
ÖZGÜR, S., MESERİ, R.,
ÖZEN, S., DARCAN, Ş.,
GÖKŞEN, D.: 2017 “Reliability and Validity of hhe Diabetes Eating Problem Survey in Turkish Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus”, **The Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology**, 9/4, 323-328.
- ATİK, D., ÖRTEN, T.:
2008 “İdeal Beden İmgesini Oluşturan Sosyal ve Kurumsal Faktörler ve Bu İdealin Bireyler Üzerindeki Etkileri”, **Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi**, 25/1.
- AUERBACH, R. P.,
ALONSO, J., AXINN, W.
G., CUIJPERS, P., EBERT,
D. D., GREEN, J. G., ...
NOCK, M. K.: 2016 “Mental Disorders Among College Students in the World Health Organization World Mental Health Surveys”, **Psychological Medicine**, 46/14, 2955-2970.

- AVENA, N. M.,
BOCARSLY, M. E.: 2012
“Dysregulation of Brain Reward Systems in Eating Disorders: Neurochemical Information from Animal Models of Binge Eating, Bulimia Nervosa, and Anorexia Nervosa”, **Neuropharmacology**, 63/1, 87-96.
- AYDEMİR, Ö., KÖKSAL, B., YALIN-SAPMAZ, Ş.
VE YÜCEYAR, H.: 2015
“Kadın Üniversite Öğrencilerinde REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 16/Ek1, 31-35.
- BAGARIC, M., TOUYZ, S., HERISEANU, A.,
CONTI, J., HAY, P.: 2020
“Are Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Increasing? Results of A Population-Based Study of Lifetime Prevalence and Lifetime Prevalence by Age in South Australia”, **European Eating Disorders Review**. Doi:10.1002/Erv.2726.
- BAKER, J. H., GIRDLER, S. S., BULIK, C. M.: 2012
“The Role of Reproductive Hormones in The Development and Maintenance of Eating Disorders”, **Expert Review of Obstetrics & Gynecology**, 7/6, 573-583.
- BAKER, R. W., MCNEIL, O. V., SIRYK, B.: 1985
“Expectation and Reality in Freshman Adjustment to College”, **Journal of Counseling Psychology**, 32/1, 94.
- BAKINER, E.: 2017
“Turkish Adaptation of The Intuitive Eating Scale–2.” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- BAKTIROĞLU, G.: 2019
“Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin Yetişkinler Üzerinde Geçerlik, Güvenirlik ve Norm Çalışması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- BARDONE-CONE, A. M.,
CASS, K. M.: 2007
“What Does Viewing A Pro-Anorexia Website Do? An Experimental Examination of Website Exposure and Moderating Effects”, **International Journal of Eating Disorders**, 40/6, 537-548.

- BAS, M., KARACA, K. E., SAGLAM, D., ARITICI, G., CENGİZ, E., KÖKSAL, S., HASBAY-BUYUKKARAGOZ, A.: 2017
 “Turkish Version of The Intuitive Eating Scale-2: Validity and Reliability Among University Students”, ***Appetite***, 114, 391-397.
- BAYRAKTAR, F., ERKMAN, F., KURTULUŞ, E.: 2012
 “Adaptation Study of Yale Food Addiction Scale”, ***Bulletin of Clinical Psychopharmacology***, 22/1, 38.
- BAYRAM, N., BİLGEL, N.: 2008
 “The Prevalence and Socio-Demographic Correlations of Depression, Anxiety and Stress Among A Group of University Students”, ***Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology***, 43/8, 667-672.
- BECKER, K. R., STOJEK, M. M., CLIFTON, A., MILLER, J. D.: 2018
 “Disordered Eating In College Sorority Women: A Social Network Analysis of A Subset of Members from A Single Sorority Chapter”, ***Appetite***, 128, 180-187.
- BEDEWY, D., GABRIEL, A.: 2015
 “Examining Perceptions of Academic Stress and Its Sources Among University Students: The Perception of Academic Stress Scale”, ***Health Psychology Open***, 2/2.
- BEKTAŞ, M., BEKTAŞ, İ., SELEKOĞLU, Y., KUDUBEŞ-AKDENİZ, A., ALTAN-SAL, S., AYAR, D.: 2016
 “Psychometric Properties of the Turkish Version of the Emotional Eating Scale for Children and Adolescents”, ***Eating Behaviors***, 22, 217-221.
- BENOWITZ-FREDERICKS, C. A., GARCIA, K., MASSEY, M., VASAGAR, B., BORZEKOWSKI, D. L.: 2012
 “Body Image, Eating Disorders, and the Relationship to Adolescent Media Use”, ***Pediatric Clinics of North America***, 59/3, 693.
- BERG, K. C., PETERSON, C. B., FRAZIER, P., CROW, S. J.: 2012
 “Psychometric Evaluation of The Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A Systematic Review of the Literature”, ***International Journal of Eating Disorders***, 45, 428–438.

- BERSCHEID E,
WALSTER E,
BOHRNSTEDT G.: 1973
“The Happy American body: A Survey Report”. **Psychology Today**. 7, 119–131.
- BİLGİN, S. Ş.: 2018
“Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği Geliştirilmesi Geçerlilik ve Güvenirliği Çalışması (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)”. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- BLOND, A.: 2008
“Impacts of exposure to Images Of ideal Bodies on Male Body Dissatisfaction: A Review”, **Body Image**, 5, 244-250.
- BOGGIANO MM.: 2016
“Palatable Eating Motives Scale in A College Population: Distribution of Scores and Scores Associated with Greater BMI and Binge-Eating”, **Eating Behaviour**, 21, 95–98.
- BØRRESEN, R.,
ROSENVINGE, J. H.:
2003
“Body Dissatisfaction and Dieting in 4, 952 Norwegian Children Aged 11–15 Years: Less Evidence for Gender and Age Differences”, **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 8/3, 238-241.
- BORZEKOWSKI, DL.,
ROBINSON, TN.,
KILLEN, JD.: 2000
“Does the Camera Add Ten Pounds? Media Use, Perceived Importance of Appearance, and Weight Concerns Among Teenage Girls”, **J Adolesc Health**, 26, 36–41.
- BOSI, M. L. M.,
UCHIMURA, K. Y., LUIZ,
R. R.: 2009
“Eating Behavior and Body Image Among Psychology Students”, **Jornal Brasileiro De Psiquiatria**, 58/3, 150-155.
- BOSTANCI, M., OZDEL,
O., OĞUZHANOĞLU,
NK., OZDEL, L., ERGİN,
A., ERGİN, N., ATEŞÇİ,
F., KARADAĞ, F.: 2005
“Depressive Symptomatology Among University Students in Denizli, Turkey: Prevalence and Socio-Demographic Correlates”, **Croat Med J**, 46/1, 96–100.
- BOZAN, N.: 2009
“Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- BOZOK, N.: 2020
 “On Explaining Illness, Revealing One’s Ailment to the World, Forming Solidarity and Empowerment: Women’s Self-Narratives that Raise and Vibrate Dialogues of Healing”, **Kültür ve İletişim. Culture & Communication**, 23/45 (Year: 23 Issue: 45) Mart-2020-Eylül 2020 (March 2020-September 2020).
- BRANDON, T. H., WETTER, D. W., BAKER, T. B.: 1996
 “Affect, Expectancies, Urges, and Smoking: Do They Conform to Models of Drug Motivation and Relapse?”, **Experimental and Clinical Psychopharmacology**, 4/1, 29–36
- BRAUN, D. L., SUNDAY, S. R., HALMI, K., A.: 1994
 “Psychiatric Comorbidity in Patients with Eating Disorders”, **Psychological Medicine**, 24/4, 859-867.
- BREWERTON, T. D.: 2007
 “Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD”, **Eating Disorders**, 15/4, 285-304.
- BREWERTON, T. D., DANSKY, B. S., KILPATRICK, D. G., O’NEIL, P. M.: 2000
 “Which Comes First in the Pathogenesis of Bulimia Nervosa: Dieting or Bingeing?”, **International Journal of Eating Disorders**, 28/3, 259-264.
- BROCKMEYER, T., GROSSE HOLTFOORTH, M., BENTS, H., HERZOG, W., FRIEDERICH, H. C.: 2013
 “Lower Body Weight is Associated with Less Negative Emotions in Sad Autobiographical Memories of Patients with Anorexia Nervosa”, **Psychiatry Research**, 210/2, 548–552.
- BROWN, A.J., SCHEBENDACH, J., WALSH, B.T.: 2015
 “Eating Problems in Adults”, **Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders**, Eds. by B Timothy Walsh, M. D., Attia, E., Glasofer, D. R., Sysko, R. American Psychiatric Pub, Ibook.
- BUKOWSKI, W. M., HOZA, B., BOIVIN, M.: 1993
 “Popularity, Friendship, and Emotional Adjustment During Early Adolescence”, **New Directions for Child Development**, 60, 23–37.

- BULIK, C.M.: 2002 "Anxiety, Depression and Eating Disorders" in **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**. Eds. by Christopher G. Fairburn, Kelly D. Brownell. The Guilford Press, New York. pp.193-198.
- BULIK, C. M., L. REBA, A. M. SIEGA-RIZ, AND T. REICHBORN-KJENNERUD.: 2005 "Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk", **Int J Eat Disord**, 37, 2–9.
- BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F., FEAR, J. I., JOYCE, P. R.: 1997 "Eating Disorders and Antecedent Anxiety Disorders: A Controlled Study", **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 96/2, 101-107.
- CAMPBELL, J. D., TRAPNELL, P. D., HEINE, S. J., KATZ, I. M., LAVALLEE, L. F., & LEHMAN, D. R.: 1996 "Self-Concept Clarity: Measurement, Personality Correlates, and Cultural Boundaries", **Journal Of Personality And Social Psychology**, 70/1, 141.
- CAREY, M., KUPELI, N., KNIGHT, R., TROOP, N. A., JENKINSON, P. M., PRESTON, C.: 2019 "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and Psychometric Properties in UK Females and Males", **Psychological Assessment**. Jul; 31/7.839-850.
- CARINA GILLBERG, I., RÅSTAM, M., WENTZ, E., GILLBERG, C.: 2007 "Cognitive and Executive Functions in Anorexia Nervosa Ten Years After Onset of Eating Disorder", **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, 29/2, 170-178.
- CARLAT DJ, CAMARGO CA, HERZOG DB.: 1997 "Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients", **Am J Psychiatry**, 154, 1127-32.
- CARTER, J. C., BEWELL, C., BLACKWELL, E., WOODSIDE, D. B.: 2006 "The Impact of Child-Hood Sexual Abuse on Anorexia Nervosa", **Child Abuse & Neglect**, 30, 257–269.
- CARTER, J. C., STEWART, D. A., FAIRBURN, C. G.: 2001 "Eating Disorder Examination Questionnaire: Norms for Young Adolescent Girls", **Behaviour Research and Therapy**, 39/5, 625–632.
- CASSIN, S. E., VON RANSON, K. M.: 2005 "Personality and Eating Disorders: A Decade in Review", **Clinical Psychology Review**, 25/7, 895-916.

- CELIKEL, F. C.,
CUMURCU, B. E., KOC,
M., ETIKAN, I., YUCEL,
B.: 2008
- “Psychologic Correlates of Eating Attitudes in Turkish Female College Students”, **Comprehensive Psychiatry**, 49/2, 188-194.
- CELIO, A. A.,
WINZELBERG, A. J.,
WILFLEY, D. E.,
EPPSTEIN-HERALD, D.,
SPRINGER, E. A., DEV,
P., ET AL.: 2000
- “Reducing Risk Factors for Eating Disorders: Comparison of An Internet- and A Classroom-Delivered Psychoeducational Program”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68, 650-657.
- CHANDRA, P. S.,
ABBAS, S., PALMER, R.: 2012
- “Are Eating Disorders A Significant Clinical Issue in Urban India? A Survey Among Psychiatrists in Bangalore”, **International Journal of Eating Disorders**, 45/3, 443-446.
- CHANG, W. W., NIE, M.,
KANG, Y. W., HE, L. P.,
JIN, Y. L., YAO, Y. S.: 2015
- “Subclinical Eating Disorders in Female Medical Students in Anhui, China: A Cross-Sectional Study”, **Nutricion Hospitalaria**, 31/4, 1771-1777.
- CHISUWA, N., O’DEA, J. A.: 2010
- “Body Image and Eating Disorders Amongst Japanese Adolescents. A Review of The Literature”, **Appetite**, 54/1, 5-15.
- CHOI, M., LEE, D. W.,
CHO, M. J., PARK, J. E.,
GIM, M.: 2015
- “Disease Network of Mental Disorders in Korea”, **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 50/12, 1905-1914.
- CIARMA, J. L.,
MATHEW, J. M.: 2017
- “Social Anxiety and Disordered Eating: The Influence of Stress Reactivity and Self-esteem”, **Eating Behaviors**, 26, 177-181.
- COCHRAN, B. N.,
STEWART, A. J.,
GINZLER, J. A., CAUCE,
A. M.: 2002
- “Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities: Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents with Their Heterosexual Counterparts”, **American Journal of Public Health**, 92/5, 773-777.
- COCKERHAM, E.,
STOPA, L., BELL, L.,
GREGG, A.: 2009
- “Implicit Self-Esteem in Bulimia Nervosa”, **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 40, 265-273

- COOK-COTTONE, C. P.,
AND M. SCIME.: 2006
“The Prevention and Treatment of Eating Disorders: An Overview for School Psychologists”, **The Communiqué**, 34, 38–40.
- COOKE, E. A., GUSS, J. L., KISSILEFF, H. R.,
DEVLIN, M. J., WALSH, B. T.: 1997
“Patterns of Food Selection During Binges in Women with Binge Eating Disorder”, **International Journal of Eating Disorders**, 22/2, 187-194.
- CORRIGAN, P. W.,
WATSON, A. C.: 2002
“Understanding the impact of stigma on people with mental illness”. **World psychiatry**, 1/1, 16.
- CULBERT, K. M., BURT, S. A., MCGUE, M.,
IACONO, W. G., KLUMP, K. L.: 2009
“Puberty and the Genetic Diathesis of Disordered Eating Attitudes and Behaviors”, **Journal of Abnormal Psychology**, 118/4, 788.
- CULBERT, K. M.,
RACINE, S. E., KLUMP, K. L.: 2015
“Research Review: What We Have Learned About the Causes Of Eating Disorders–A Synthesis of Sociocultural, Psychological, and Biological Research”, **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 56/11, 1141-1164.
- ÇAKA, S. Y., ÇINAR, N.,
ALTINKAYNAK, S.: 2018
“Adolesanda Yeme Bozuklukları”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 7/1, 203-209.
- ÇORAPÇIOĞLU A.,
AYDEMİR Ö., YILDIZ M., ESEN A, KÖROĞLU E.: 1999
“DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon”. **Hekimler Yayın Birliği**, Ankara.
- DAHL, R. E., ALLEN, N. B., WILBRECHT, L.,
AND SULEIMAN, A. B.: 2018
“Importance of Investing in Adolescence from A Developmental Science Perspective”, **Nature**, 554:441.
- DAHLGREN, C. L.,
STEDAL, K., RØ, Ø.: 2017
“Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) And Clinical Impairment Assessment (CIA): Clinical Norms and Functional Impairment in Male and Female Adults with Eating Disorders”, **Nordic Journal of Psychiatry**, 71/4, 256–261.

- DARCY, A. M., DOYLE, A. C., LOCK, J., PEEBLES, R., DOYLE, P., LE GRANGE, D.: 2011
 “The Eating Disorders Examination in Adolescent Males with Anorexia Nervosa: How Does it Compare to Adolescent Females?”, **International Journal of Eating Disorders**, 45/1, 110–114.
- DARE, C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, AND DODGE L.: 2001
 “Psychological Therapies for Adults with Anorexia Nervosa: Randomized Controlled Trial of Out-Patient Treatments”, **British Journal of Psychiatry**, 178, 216–221.
- DARE, C.: 1985
 “The Family Therapy of Anorexia Nervosa”, **Journal of Psychiatric Research** 19, 2/3, 435–443.
- DARE, C., EISLER, I., RUSSELL, G. F., SZMUKLER, G. I.: 1990
 “The Clinical and Theoretical Impact of A Controlled Trial of Family Therapy in Anorexia Nervosa”, **Journal of Marital and Family Therapy**, 16, 39–57.
- DARKES, J., GOLDMAN, M. S.: 1993
 “Expectancy Challenge and Drinking Reduction: Experimental Evidence for A Mediational Process”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61, 344–353.
- DAVISON, K. K., MARKEY, C. N., BIRCH, L. L.: 2000
 “Etiology of Body Dissatisfaction and Weight Concerns Among 5-Year-Old Girls”, **Appetite**, 35/2, 143-151.
- DE VRIES, D. A., PETER, J., DE GRAAF, H., NIKKEN, P.: 2016
 “Adolescents’ Social Network Site Use, Peer Appearance-Related Feedback, and Body Dissatisfaction: Testing A Mediation Model”, **Journal of Youth and Adolescence**, 45/1, 211-224.
- DEMİREL, B., YAVUZ, F. K., KARADERE, M. E., ŞAFAK, Y., TÜRKCAPAR, M. H.: 2014
 “Duygusal İştah Anketi'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği, Beden Kitle İndeksi ve Duygusal Şemalarla İlişkisi”. **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, 3, 171-81.
- DEMİREL, S. A., EĞLENCE, R., KAÇMAZ, E.: 2011
 “Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi”, **Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sbe Dergisi**, 1/1, 18-29.

DEVECİ, E., SERTEL
BERK, H.Ö., YÜCEL, B.:
2017

“Fiziksel Görünüme Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (FGDSKÖ): Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, 2. İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi (Okan Üniversitesi), Slience Hotel, İstanbul (23-26 Kasım 2017 tarihlerinde yapılacak kongrede sunulmak üzere kabul edilmiştir.)

DEVECİ, E., SERTEL-
BERK, H.Ö., YÜCEL, B.:
2019

“DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) Türkçe Uyarlaması: Pilot Çalışma Bulguları. Poster Sunum”, IX. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gazimağusa, KKTC.

DIEMER, E. W., GRANT,
J. D., MUNN-
CHERNOFF, M. A.,
PATTERSON, D. A.,
DUNCAN, A. E.: 2015

“Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in A National Sample of College Students”, Journal of Adolescent Health, 57/2, 144-149.

DIJİTAL KÜLTÜR: 2020

“Türkiye’de İnternet Ve Sosyal Medya Kullanımı Ne Durumda? (We Are Social 2020 Raporu)”, Şubat 10, 2020, (Çevrimiçi) <http://www.etcetera.com.tr/blog/turkiyede-internet-ve-sosyal-medya-kullanimi-ne-durumda-we-are-social-2020-raporu/>, 28 Mart 2020.

DİNÇEL, E.: 2006

“Ergenlik Dönemi Gelişimsel Ödevleri ve Psikolojik Problemler”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı Psikoloji) Anabilim Dalı

DINGEMANS, A. E.,
VAN ROOD, Y. R., DE
GROOT, I., VAN FURTH,
E. F.: 2012

“Body Dysmorphic Disorder in Patients with An Eating Disorder: Prevalence and Characteristics”, **International Journal of Eating Disorders**, 45/4, 562-569.

DISHMAN, R. K.,
SALLIS, J. F.,
ORENSTEIN, D. R.: 1985

“The Determinants of Physical Activity and Exercise”, **Public Health Reports**, 100/2, 158.

- DOĞAN, T., GÖÇET-TEKİN, E., KATRANCIOĞLU, A.: 2011
“Feeding Your Feelings: A Self-Report Measure of Emotional Eating”, **Procedia Social and Behavioral Sciences**, 15, 2074–2077.
- DOĞAN, T., TOTAN, T., SAPMAZ, F.: 2009
“Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Sosyal Zeka”, **Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 17, 235-247.
- DOHNT, H., TIGGEMANN, M.: 2006
“The Contribution of Peer and Media Influences to The Development of Body Satisfaction and Self-Esteem in Young Girls: A Prospective Study”, **Developmental Psychology**, 42/5, 929.
- DUMAN, N., YILMAZEL, G., AKBULUT, B.: 2014
“Kültürel Değişimin Türk Televizyon Reklamlarındaki Kadın İmajına Etkisi”, **Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 7/1, 61-69.
- DURKIN, S. J., PAXTON, S. J., SORBELLO, M.: 2007
“An Integrative Model of The Impact of Exposure to Idealized Female Images on Adolescent Girls’ Body Satisfaction”, **Journal of Applied Social Psychology**, 37/5, 1092–1117
- EATON, D. K., KANN, L., KINCHEN, S., SHANKLIN, S., ROSS, J., HAWKINS, J., ... LIM, C.: 2010
“Youth Risk Behavior Surveillance-United States”, 2009, **MMWR Surveill Summ**, 59/5, 1-142.
- EDDY, K. T., DOYLE, A. C., HOSTE, R. R., HERZOG, D. B., LE GRANGE, D.: 2008
“Eating Disorder Not Otherwise Specified in Adolescents”, **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 47/2, 156-164.
- EDER, D., EVANS, C. C., PARKER, S.: 1995
“School Talk: Gender and Adolescent Culture”, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- EDLER, C., LIPSON, S. F., KEEL, P. K.: 2007
“Ovarian Hormones and Binge Eating in Bulimia Nervosa”, **Psychological Medicine**, 37/1, 131-141.

- EISENBERG, D.,
NICKLETT, E. J.,
ROEDER, K., KIRZ, N. E.:
2011
- EISENBERG, M. E.,
NEUMARK-SZTAINER,
D.: 2010
- ELRAN-BARAK, R.,
SZTAINER, M.,
GOLDSCHMIDT, A. B.,
CROW, S. J., PETERSON,
C. B., HILL, L. L., ... LE
GRANGE, D.: 2015
- ERGÜNEY-OKUMUŞ,
F.E. VE SERTEL-BERK,
H. Ö.: 2019
- ERKAN, T.: 2008
- ERMİŞ, E., DOĞAN, E.,
ERİLLİ, N., SATICI, A.:
2015
- EROL, A., TOPRAK, G.,
YAZICI, F., EROL, S.:
2000
- ERTEKİN, Y., KORKUT,
Y., SÖNMEZ, C.,
ERTEKİN, H.: 2012
- FAHY, T. A., OSACAR,
A., MARKS, I.: 1993
- “Eating Disorder Symptoms Among College Students: Prevalence, Persistence, Correlates, and Treatment-Seeking”, **Journal of American College Health**, 59/8, 700-707.
- “Friends' Dieting and Disordered Eating Behaviors Among Adolescents Five Years Later: Findings from Project Eat.”, **Journal of Adolescent Health**, 47/1, 67-73.
- “Dietary Restriction Behaviors and Binge Eating in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Trans-Diagnostic Examination of the Restraint Model”, **Eating Behaviors**, 18, 192-196.
- “Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, **Psikoloji Çalışmaları**, 40, 1.
- “Ergenlerde Beslenme”. **İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi**, 63, 73-77.
- “Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği”, **Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi**, 6/1, 30-40.
- “Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması”, **Klinik Psikiyatri**, 3, 147-152.
- “Farklı Bir Pika Hastalığı Olgusu”, **Ankara Medical Journal**, 12/3.
- “History of Eating Disorders in Female Patients With Obsessive-Compulsive Disorder”, **International Journal of Eating Disorders**, 14/4, 439-443.

FAIRBURN, C.G.,
COOPER, P.J.: 1989

“**Eating Disorders**”, **Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide**, Ed. Keith Hawton, Paul M. Salkovskis, John Kirk, David M. Clark, Oxford Univ. Press, New York, 277-314.

FAIRBURN, C. G.,
COOPER, Z.: 1993

“The Eating Disorder Examination”. In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), **Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment**. New York: Guilford Press. (12th Ed). pp. 317–360.

FAIRBURN, C.G.,
COOPER, Z., SHAFRON,
R.: 2003

“Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment”, **Behaviour Research and Therapy**, 41, 509–528.

FAIRBURN, C. G.,
BAILEY-STRAEBLER,
S., BASDEN, S., DOLL,
H. A., JONES, R., ...
MURPHY, R., ...
COOPER, Z.: 2015

“A Transdiagnostic Comparison of Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E) and Interpersonal Psychotherapy in The Treatment of Eating Disorders”, **Behaviour Research and Therapy**, 70, 64-71.

FAIRBURN, C. G.,
COOPER, Z., SHAFRAN,
R.: 2008

“Enhanced Cognitive Behavior for Eating Disorders (“CBT-E”): An Overview”, In **Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders**. Fairburn, C. G. (Ed.), New York: Guilford Press.

FAIRBURN, C.G.: 2008

“Eating Disorders: The Transdiagnostic View and the Cognitive Behavioral Theory”, In C.G. Fairburn (Ed.), **Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders**. New York: The Guilford Press. (pp. 7–22).

FAIRBURN, C.G.: 1997

“Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa”, In **Handbook of Treatment for Eating Disorders**, Edited by DM Garner and PE Garfinkel, New York, NY: Guilford Press, 1997. pp. 278–294.

FAITH, M. S., LEONE, M.
A., ALLISON, D. B.: 1997

“The Effects of Self-Generated Comparison Targets, BMI, and Social Comparison Tendencies on Body Image Appraisal”, **Eating Disorders**, 5/2, 128-140.

- FARDOULY, J.,
VARTANIAN, L. R.: 2015
“Negative Comparisons About One's Appearance Mediate the Relationship Between Facebook Usage and Body Image Concerns”, **Body Image**, 12, 82-88.
- FARDOULY, J.,
DIEDRICHS, P. C.,
VARTANIAN, L. R.,
HALLIWELL, E.: 2015
“The Mediating Role of Appearance Comparisons in the Relationship Between Media Usage and Self-Objectification in Young Women”, **Psychology of Women Quarterly**, 39, 447–457.
- FARDOULY, J., PINKUS, R. T.,
VARTANIAN, L. R.: 2017
“The Impact of Appearance Comparisons Made Through Social Media, Traditional Media, and in Person in Women's Everyday Lives”, **Body Image**, 20, 31–39.
- FARSTAD, S. M.,
MCGEOWN, L. M.,
VON RANSON, K. M.: 2016
“Eating Disorders and Personality, 2004–2016: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **Clinical Psychology Review**, 46, 91-105.
- FAVARO, A., FERRARA, S.,
SANTONASTASO, P.: 2003
“The Spectrum of Eating Disorders in Young Women: A Prevalence Study in A General Population Sample”, **Psychosomatic Medicine**, 65/4, 701-708.
- FEIGHNER, J. P.,
ROBINS, E., GUZE, S. B.,
WOODRUFF, R. A.,
WINOKUR, G., MUNOZ, R.: 1972
“Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research”, **Archives of General Psychiatry**, 26/1, 57-63.
- FELDMAN, M. B.,
MEYER, I. H.: 2007
“Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations”. **International Journal of Eating Disorders**, 40/3, 218-226.
- FERNÁNDEZ-ARANDA, F.,
KRUG, I., GRANERO, R.,
RAMÓN, J. M.,
BADIA, A., GIMÉNEZ, L., ...
TREASURE, J.: 2007
“Individual and Family Eating Patterns During Childhood and Early Adolescence: An Analysis of Associated Eating Disorder Factors”, **Appetite**, 49/2, 476-485.
- FERNANDEZ, S.,
PRITCHARD, M.: 2012
“Relationships Between Self-Esteem, Media Influence and Drive for Thinness”, **Eating Behaviors**, 13/4, 321-325.

- FERREIRA, C., PINTO-GOUVEIA, J., DUARTE, C.: 2013 "Physical Appearance as A Measure of Social Ranking: The Role of A New Scale to Understand the Relationship Between Weight and Dieting", **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 20/1, 55-66.
- FESTINGER, L.: 1954 A Theory of Social Comparison Processes. **Human Relations**, 7/2, 117-140.
- FIELD, A. E., KITOS, N.: 2010 "Eating and Weight Concerns in Eating Disorders" In the **Oxford Handbook of Eating Disorders**. Ed. by W. Steward Agras. Oxford University Press, pp. 206-222
- FIELD, A. E., CAMARGO JR, C. A., TAYLOR, C. B., BERKEY, C. S., ROBERTS, S. B., COLDITZ, G. A.: 2001 "Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys", **Pediatrics**, 107/1, 54-60.
- FIELD, A. E., CHEUNG, L., WOLF, A. M., HERZOG, D. B., GORTMAKER, S. L., COLDITZ, G. A.: 1999 "Exposure to The Mass Media and Weight Concerns Among Girls", **Pediatrics**, 103/3, 36-36.
- FIELD, A. E., SONNEVILLE, K. R., CROSBY, R. D., SWANSON, S. A., EDDY, K. T., CAMARGO, C. A., ... MICALI, N.: 2014 "Prospective Associations of Concerns About Physique and the Development of Obesity, Binge Drinking, and Drug Use Among Adolescent Boys and Young Adult Men", **JAMA Pediatrics**, 168/1, 34-39.
- FIRST M.B., SPITZER R.L., GIBBON M., WILLIAMS, J.B.W.: 1997 "Structured Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-I) Clinical Version," Washington D.C., American Psychiatric Press Inc.
- FISHER, S., HOOD, B.: 1988 "Vulnerability Factors in The Transition to University: Self-Reported Mobility History and Sex Differences as Factors in Psychological Disturbance", **British Journal of Psychology**, 79/3, 309-320.

- FISKE, L., FALLON, E. A., BLISSMER, B., REDDING, C. A.: 2014 "Prevalence of Body Dissatisfaction Among United States Adults: Review and Recommendations for Future Research", **Eating Behaviors**, 15/3, 357-365.
- FITZGIBBON, M. L., BLACKMAN, L. R.: 2000 "Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: Differences in the Quality and Quantity of Binge Eating Episodes", **International Journal of Eating Disorders**, 27/2, 238-243.
- FITZSIMMONS-CRAFT, E. E., BALANTEKIN, K. N., GRAHAM, A. K., SMOLAR, L., PARK, D., MYSKO, C., ... WILFLEY, D. E.: 2019 "Results of Disseminating an Online Screen for Eating Disorders Across the US: Reach, Respondent Characteristics, and Unmet Treatment Need", **International Journal of Eating Disorders**, 52/6, 721-729.
- FORBUSH, K.T., BERG, K.C.: 2015 "Self-Report Assessment of Eating Pathology" **Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders**, Eds. by B Timothy Walsh, M. D., Attia, E., Glasofer, D. R., Sysko, R. American Psychiatric Pub, pp. 306.
- FOUTS, G., BURGGRAF, K.: 1999 "Television Situation Comedies: Female Body Images and Verbal Reinforcements", **Sex Roles**, 40, 473–481.
- FOUTS, G., BURGGRAF, K.: 2000 "Television Situation Comedies: Female Weight, Male Negative Comments, and Audience Reactions", **Sex Roles**, 42, 925–932.
- FRAMSON, C., KRISTAL, A.R., SCHENK, J.M., LITTMAN, A.J., ZELIADT, S., BENITEZ, D.: 2009 "Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire", **Journal of American Dietetic Association**, 109/8, 1439-1444

- FRANKO, D.L., MINTZ, L.B., VILLAPIANO, M., GREEN, T.C., MAINELLI, D., FOLENSBEE, L., BUTLER, S.F., DAVIDSON, M.M., HAMILTON, E., LITTLE, D., KEARNS, M., BUDMAN, S.H.: 2005
- “Food, Mood, and Attitude: Reducing Risk for Eating Disorders in College Women”, **Health Psychology**, 24/6, 567–578.
- FRENCH, S. A., PERRY, C. L., LEON, G. R.: 1995
- “Dieting Behaviors and Weight Change History in Female Adolescents”, **Health Psychology**, 14/6, 548-555.
- FRIEDLANDER, L. J., REID, G. J., SHUPAK, N., CRIBBIE, R.: 2007
- “Social Support, Self-Esteem, and Stress as Predictors of Adjustment to University Among First-Year Undergraduates”, **Journal of College Student Development**, 48/3, 259-274.
- FRIEDMAN, K., RAMIREZ, A. L., MURRAY, S. B., ANDERSON, L. K., CUSACK, A., BOUTELLE, K. N., KAYE, W. H.: 2016
- “A Narrative Review of Outcome Studies for Residential and Partial Hospital-Based Treatment of Eating Disorders”, **European Eating Disorders Review**, 24/4, 263-276.
- FRIES, J., SULLIVAN, V.: 2017
- “The Treatment of Eating Disorders” In **Eating Disorders in Special Populations**. Eds by Jonna Fries and Veronica Sullivan. Taylor & Francis Group, New York, pp. 67-97.
- FRISCH, M., FRANKO, D., HERZOG, D.: 2006
- “Arts-Based Therapies in the Treatment of Eating Disorders”, **Eating Disorders**, 14, 131–142.
- FURNHAM, A., GREAVES, N.: 1994
- “Gender and Locus of Control Correlates of Body Image Dissatisfaction”, **European Journal of Personality**, 8/3, 183-200.
- FROST, J., MCKELVIE, S.: 2004
- “Self-Esteem and Body Satisfaction in Male and Female Elementary School, High School, and University Students”, **Sex Roles**, 51/1-2, 45-54.

- GALL, T. L., EVANS, D. R., BELLEROSE, S.: 2000
 “Transition to First-Year University: Patterns of Change in Adjustment Across Life Domains and Time”, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 19/4, 544-567.
- GALLANT, A. R., LUNDGREN, J., DRAPEAU, V.: 2012
 “The Night-Eating Syndrome and Obesity”, **Obesity Reviews**, 13/6, 528-536.
- GALMICHE, M., DÉCHELOTTE, P., LAMBERT, G., TAVOLACCI, M. P.: 2019
 “Prevalence of Eating Disorders Over The 2000–2018 Period: A Systematic Literature Review”, **The American Journal of Clinical Nutrition**, 109/5, 1402-1413.
- GARAULET, M., CANTERAS, M., MORALES, E., LÓPEZ-GUIMERA, G., SÁNCHEZ-CARRACEDO, D. VE CORBALÁN-TUTAU, M. D.: 2012
 “Validation of A Questionnaire on Emotional Eating for Use in Cases of Obesity: The Emotional Eater Questionnaire (EEQ)”. **Nutrición hospitalaria**, 27/2, 645-651.
- GARFINKEL, P. E.: 2002
 “Classification and Diagnosis of Eating Disorders”, **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**. 2nd edition. Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (Ed), New York. The Guilford Press, pp. 155-161.
- GARNER, DM., GARFINKEL, PE.: 1979
 “Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa”, **Psychol Med**, 9, 273-9.
- GARNER, D.M.: 2002
 “Measurement of Eating Disorder Psychopathology”, **Eating Disorders and Obesity**, Ed. by C.G. Fairburn, K.D. Brownell, The Guilford Press, New York-London. pp. 144.
- GARNER, D.M., BEMIS, K.M.: 1982
 “A Cognitive-Behavioural Approach to Anorexia Nervosa”, **Cognitive Therapy and Research**, 6, 123-150.
- GARNER, D.M.: 2002
 “Body Image and Anorexia Nervosa”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. by Thomas F. Cash, Thomas Proziński, New York, Guilford Press, pp. 295-303.

- GAUVIN, L., STEIGER, H., BRODEUR, J. M.: 2009
 "Eating-Disorder Symptoms and Syndromes in A Sample of Urban-Dwelling Canadian Women: Contributions toward A Population Health Perspective", **International Journal of Eating Disorders**, 42, 158–165.
- GEARHARDT, A. N., CORBIN, W. R., BROWNELL, K. D.: 2009
 "Preliminary Validation of the Yale Food Addiction Scale", **Appetite**, 52/2, 430-436.
- GELLER, J., DUNN, E. C.: 2011
 "Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Eating Disorders: Tailoring Interventions to Patient Readiness for Change", **Cognitive and Behavioral Practice**, 18/1, 5-15.
- GERRIG, R.J., ZIMBARDO, P. G.: 2015
Psikolojiye Giriş Psikoloji ve Yaşam (Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Gamze Sart), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, s. 298-333.
- GITIMU, P. N., JAMESON, M. M., TUREL, T., POHLE-KRAUZA, R., MINCHER, J., ROWLANDS, Z., ELIAS, J.: 2016
 "Appearance Issues, Depression, and Disordered Eating Among College Females", **Cogent Psychology**, 3/1.
- GLENNY, E. M., BULIK-SULLIVAN, E. C., TANG, Q., BULIK, C. M., CARROLL, I. M.: 2017
 "Eating Disorders and the Intestinal Microbiota: Mechanisms of Energy Homeostasis and Behavioral Influence", **Current Psychiatry Reports**, 19/8, 51.
- GODART, N. T., FLAMENT, M. F., CURT, F., PERDEREAU, F., LANG, F., VENISSE, J. L., ... JEAMMET, P.: 2003
 "Anxiety Disorders in Subjects Seeking Treatment for Eating Disorders: A DSM-IV Controlled Study", **Psychiatry Research**, 117/3, 245-258.
- GODART, N. T., FLAMENT, M. F., LECRUBIER, Y., JEAMMET, P.: 2000
 "Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Co-Morbidity and Chronology of Appearance", **European Psychiatry**, 15/1, 38-45.

GOLDFIELD, G. S.,
MOORE, C.,
HENDERSON, K.,
BUCHHOLZ, A., OBEID,
N., FLAMENT, M. F.:
2010

“Body Dissatisfaction, Dietary Restraint, Depression, and Weight Status in Adolescents”, **Journal of School Health**, 80/4, 186-192.

GOLDSCHMIDT, A. B.,
WALL, M., LOTH, K. A.,
LE GRANGE, D.,
NEUMARK-SZTAINER,
D.: 2012

“Which Dieters Are at Risk for the Onset of Binge Eating? A Prospective Study of Adolescents and Young Adults”, **Journal of Adolescent Health**, 51/1, 86-92.

GONIDAKIS, F.,
LEMONOUDI, M.,
CHARILA, D., VARSOU,
E.: 2018

“A Study on the Interplay Between Emerging Adulthood and Eating Disorder Symptomatology in Young Adults”, **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 23/6, 797-805.

GOODMAN, J. R.: 2005

“Mapping the Sea of Eating Disorders: A Structural Equation Model of How Peers, Family, and Media Influence Body Image and Eating Disorders”, **Visual Communication Quarterly**, 12/3-4, 194-213.

GORWOOD, P.,
KIPMAN, A., FOULON,
C.: 2003

“The Human Genetics of Anorexia Nervosa”, **European Journal of Pharmacology**, 480/1-3, 163-170.

GÖKDOĞAN, F.: 1988

“Orta Öğretime Devam Eden Ergenlerde Beden İmajından Hosnut Olma Düzeyi.”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

GÖRGÜLÜ, Y.: 2013

“Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma”, Ed. by. Yücel, B. Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F. Vardar, E., **Yeme Bozuklukları ve Obezite**, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 15, 2013, 10-25.

GRANT, J.E., KIM, S.W.,
CROW, S.J.: 2001

“Prevalence and Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in Adolescent and Adult Psychiatric Inpatients”, **J Clin Psychiatry**, 62, 517-522.

- GREENBERG, B. S., EASTIN, M., HOFSCHE, L., LACHLAN, K., BROWNELL, K. D.: 2003
“Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television”, **American Journal of Public Health**, 93/8, 1342-1348.
- GROGAN, S.: 2008
Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children, 2nd Ed. London: Routledge.
- GUPTA, M. A., CHATURVEDI, S. K., CHANDARANA, P. C., JOHNSON, A. M.: 2001
“Weight-Related Body Image Concerns Among 18–24-Year-Old Women in Canada and India: An Empirical Comparative Study”, **Journal of Psychosomatic Research**, 50/4, 193-198.
- GUTHOLD, R., ONO, T., STRONG, K. L., CHATTERJI, S., MORABIA, A.: 2008
“Worldwide Variability in Physical Inactivity: A 51-Country Survey”, **American Journal of Preventive Medicine**, 34/6, 486-494.
- GÜLEÇ ÖYEKÇİN, D.: 2013
“Kadınlar ve Hastalık Rolü”, Ed. by. Yüksel, Ş., Gülseren, L., Devrim Başterzi, A., **Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı**, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 16, 2013, 13-25.
- GÜLSEREN, L.: 2013
“Geçmişten Bugüne Kadın ve Ruh Sağlığı”, Ed. by. Yüksel, Ş., Gülseren, L., Devrim Başterzi, A., **Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı**, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 16, 2013, 25-35.
- GÜNAYDIN, ENİS: 2020
“Türkiye’de Ortalama İlk Evlilik Yaşı 30’u Geçti Mi?”, Ocak 10, 2020, (Çevrimiçi) <https://tr.euronews.com/2020/01/10/turkiye-de-ortalama-ilk-evlilik-yas-30-u-gecti-mi>, 19 Mart 2020.
- HAFEN JR, M., REISBIG, A. M., WHITE, M. B., RUSH, B. R.: 2006
“Predictors of Depression and Anxiety in First-Year Veterinary Students: A Preliminary Report”, **Journal of Veterinary Medical Education**, 33/3, 432-440.

- HALMI, K.A.: 2010 "Psychological Comorbidity of Eating Disorders" In the **Oxford Handbook of Eating Disorders**. Ed. by W. Steward Agras. Oxford University Press, pp. 292-303
- HARGREAVES, D. A., TIGGEMANN, M.: 2004 "Idealized Media Images and Adolescent Body Image: "Comparing" Boys and Girls". **Body Image**, 1/4, 351-361.
- HARGREAVES, D. A., TIGGEMANN, M.: 2009 "Muscular Ideal Media Images and Men's Body Image: Social Comparison Processing and Individual Vulnerability", **Psychology of Men & Masculinity**, 10/2, 109.
- HARRISON, K., HEFNER, V.: 2006 "Media Exposure, Current and Future Body Ideals, and Disordered Eating Among Preadolescent Girls: A Longitudinal Panel Study". **Journal of Youth and Adolescence**, 35/2, 146-156.
- HARTMANN, A., ZEECK, A., BARRETT, M. S.: 2010 "Interpersonal Problems in Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 43/7, 619-627.
- HAUSENBLAS, H. A., CAMPBELL, A., MENZEL, J. E., DOUGHTY, J., LEVINE, M., THOMPSON, J. K.: 2013 "Media Effects of Experimental Presentation of The Ideal Physique on Eating Disorder Symptoms: A Meta-Analysis of Laboratory Studies", **Clinical Psychology Review**, 33/1, 168-181.
- HAWKINS, N., RICHARDS, P. S., GRANLEY, H. M., STEIN, D. M.: 2004 "The Impact of Exposure to The Thin-Ideal Media Image on Women", **Eating Disorders**, 12/1, 35-50.
- HAY, P. J., MOND, J., BUTTNER, P., DARBY, A.: 2008 "Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings From Two Sequential Community Surveys in South Australia", **PloS one**, 3/2, E1541. Retrieved From
- HAY, P., GIROSI, F., MOND, J.: 2015 "Prevalence and Sociodemographic Correlates of DSM-5 Eating Disorders in the Australian Population", **Journal of Eating Disorders**, 3/1, 19.

- HAY, P., MITCHISON, D., COLLADO, A. E. L., GONZÁLEZ-CHICA, D. A., STOCKS, N., TOUYZ, S.: 2017
- HENDY HM, WILLIAMS KE, CAMISE TS, ECKMAN N, HEDEMANN A.: 2009
- HEPP, U., SPINDLER, A., MILOS, G.: 2005
- HERLE, M., DE STAVOLA, B., HÜBEL, C., ABDULKADIR, M., FERREIRA, D. S., LOOS, R. J., ... MICALI, N.: 2020
- HOEK, H. W.: 2016
- HOEK, H. W., VAN HOEKEN, D.: 2003
- HOEK, H. W., BARTELD, A. I., BOSVELD, J. J., VAN DER GRAAF, Y., LIMPENS, V. E., MAIWALD, M., SPAAIJ, C. J.: 1995
- HOHLSTEIN, L. A., SMITH, G. T., ATLAS, J. G.: 1998
- “Burden and Health-Related Quality of Life of Eating Disorders, Including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in The Australian Population”, **Journal of Eating Disorders**, 5/1, 21.
- “The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and Association with Children’s Diet and Weight”, **Appetite**, 52/2, 328–339.
- “Eating Disorder Symptomatology and Gender Role Orientation”, **International Journal of Eating Disorders**, 37/3, 227-233.
- “A Longitudinal Study of Eating Behaviours in Childhood and Later Eating Disorder Behaviours and Diagnoses”, **The British Journal of Psychiatry**, 216/2, 113-119.
- “Review of the Worldwide Epidemiology of Eating Disorders”, **Current Opinion in Psychiatry**, 29/6, 336-339.
- “Review of The Prevalence and Incidence of Eating Disorders”, **International Journal of Eating Disorders**, 34/4, 383-396.
- “Impact of Urbanization on Detection Rates of Eating Disorders”, **American Journal of Psychiatry**, 152, 1272–1278.
- “An Application of Expectancy Theory to Eating Disorders: Development and Validation of Measures of Eating and Dieting Expectancies”, **Psychological Assessment**, 10/1, 49.

- HOLLAND, L. A.,
BROWN, T. A., KEEL, P.
K.: 2014
“Defining Features of Unhealthy Exercise
Associated with Disordered Eating and Eating
Disorder Diagnoses”, **Psychology of Sport and
Exercise**, 15/1, 116-123.
- HUDSON, J. I., COIT, C.
E., LALONDE, J. K.,
POPE, H. G.: 2012
“By How Much Will the Proposed New DSM-5
Criteria Increase the Prevalence of Binge Eating
Disorder?”, **International Journal of Eating
Disorders**, 45/1, 139–141.
- HUDSON, J. I., HIRIPI, E.,
POPE, H. G., JR.,
KESSLER, R. C.: 2007
“The Prevalence and Correlates of Eating Disorders
in The National Comorbidity Survey Replication”,
Biological Psychiatry, 61, 348–358.
- HUMMEL, A. C., SMITH,
A. R.: 2015
“Ask and You Shall Receive: Desire and Receipt of
Feedback via Facebook Predicts Disordered Eating
Concerns”, **International Journal of Eating
Disorders**, 48, 436– 442.
- HUSSAIN, R., GUPPY,
M., ROBERTSON, S.,
TEMPLE, E.: 2013
“Physical and Mental Health Perspectives of First
Year Undergraduate Rural University Students”,
BMC Public Health, 13/1, 848.
- INGHAM, J. G.,
KREITMAN, N. B.,
MILLER, P. M.,
SASHIDHARAN, S. P.,
SURTEES, P. G.: 1986
“Self-Esteem, Vulnerability and Psychiatric
Disorder in The Community”, **The British Journal
of Psychiatry**, 148/4, 375-385.
- İNALKAÇ, S., &
ARSLANTAŞ, H.: 2018
“Duygusal Yeme”, **Arşiv Kaynak Tarama
Dergisi**, 27/1, 70-82.
- İSLAMOĞLU, E., ELIF,
A. L. P.: 2018
“Türkiye’de Okuldan İşe Geçiş: Tük’in Gençlerin
İşgücü Piyasasına Geçiş Araştırma Sonuçları
Üzerine Bir Değerlendirme”, **Sgd-Sosyal
Güvenlik Dergisi**, 9/1, 103-121.
- JACOBI, C., HAYWARD,
C., DE ZWAAN, M.,
KRAEMER, H. C.,
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.

- JACKSON, T., CHEN, H.: 2010 "Sociocultural Experiences of Bulimic and Non-Bulimic Adolescents in A School-Based Chinese Sample", **Journal of Abnormal Child Psychology**, 38/1, 69-76.
- JENNINGS, K. M., PHILLIPS, K. E.: 2017 "Eating Disorder Examination–Questionnaire (EDE–Q): Norms for Clinical Sample of Female Adolescents with Anorexia Nervosa", **Archives of Psychiatric Nursing**, 31/6, 578–581.
- JETT, S., LAPORTE, D. J., WANCHISN, J.: 2010 "Impact of Exposure to Pro-Eating Disorder Websites on Eating Behaviour in College Women", **European Eating Disorders Review**, 18/5, 410-416.
- JOHNSON, J. G., COHEN, P., KASEN, S., BROOK, J. S.: 2002 "Eating Disorders During Adolescence and the Risk for Physical and Mental Disorders During Early Adulthood", **Archives of General Psychiatry**, 59/6, 545-552.
- JONES, D. C.: 2001 "Social Comparison and Body Image: Attractiveness Comparisons to Models and Peers Among Adolescent Girls and Boys", **Sex Roles**, 45/9-10, 645-664.
- JONES, D. C., CRAWFORD, J. K.: 2005 "Adolescent Boys and Body Image: Weight and Muscularity Concerns as Dual Pathways to Body Dissatisfaction", **Journal of Youth and Adolescence**, 34/6, 629-636.
- JONES, M., LYNCH, K. T., KASS, A. E., BURROWS, A., WILLIAMS, J., WILFLEY, D. E., TAYLOR, C. B.: 2014 "Healthy Weight Regulation and Eating Disorder Prevention in High School Students: A Universal and Targeted Web-Based Intervention", **Journal of Medical Internet Research**, 16/2, E57.
- JOSEPHS, R. A., LARRICK, R. P., STEELE, C. M., NISBETT, R. E.: 1992 "Protecting the Self From the Negative Consequences of Risky Decisions", **Journal of Personality and Social Psychology**, 62/1, 26.
- JUARASCIO, AS., SHOAIB, A., TIMKO, CA.: 2010 "Pro-Eating Disorder Communities on Social Networking Sites: A Content Analysis", **Eat Disord.**, 18/5, 393–407.

- JUDD, S.J.: 2011 "Levels of Care" In **Eating Disorders Sourcebook**. Ed. by. S. J. Judd. Omnigraphics, Incorporated, US, 18, 358-362.
- KAÇAR, M., HOCAOĞLU, C.: 2019 "Pika, Geri Çıkarma Bozukluğu Nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları", **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 22/3.
- KADIOĞLU, M., ERGUN, A.: 2015 "The Eating Attitudes of the University Students, Self-Efficacy and Affecting Factors", **Clinical and Experimental Health Sciences**, 5/2, 96.
- KALELİ, S., KILIÇ, N., ERDOĞAN, M., ERDOĞAN, N.: 2017 "Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları", **Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2/2, 12-18.
- KAPLAN, A.S.: 2002 "Eating Disorders Services" In **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**. 2nd Edition Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (Ed), New York. The Guilford Press, pp.293-297.
- KAPUDANT, H. VE EROL, A.: 2013 "Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi", Ed. by. Yücel, B. Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F. Vardar, E., **Yeme Bozuklukları ve Obezite**, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 15. s.39-45
- KARAGÖL, A., ÇALIŞKAN, D., BEYAZYÜZ, M.: 2013 "Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama". **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)**. 22/3, 96-101.
- KARAKUŞ, S. Ş., YILDIRIM, H., BÜYÜKÖZTÜRK, Ş.: 2016 "Üç Faktörlü Yeme Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 15/3, 229-237.
- KÄRKKÄINEN, U., MUSTELIN, L., RAEVUORI, A., KAPRIO, J., KESKI-RAHKONEN, A.: 2018 "Do Disordered Eating Behaviours Have Long-Term Health-Related Consequences?", **European Eating Disorders Review**, 26/1, 22-28.

- KÄSTNER, D., LOWE, B., GUMZ, A.: 2019 "The Role of Self-Esteem in the Treatment of Patients with Anorexia Nervosa—A Systematic Review and Meta-Analysis", **International Journal of Eating Disorders**, 52/2, 101-116.
- KAYE, W. H., BULIK, C. M., THORNTON, L., BARBARICH, N., MASTERS, K., PRICE FOUNDATION COLLABORATIVE GROUP.: 2004 "Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa", **American Journal of Psychiatry**, 161/12, 2215-2221.
- KAYE, W. H., FRANK, G. K., BAILER, U. F., HENRY, S. E., MELTZER, C. C., PRICE, J. C., ... WAGNER, A.: 2005 "Serotonin Alterations in Anorexia and Bulimia Nervosa: New Insights from Imaging Studies", **Physiology & Behavior**, 85/1, 73-81.
- KAYE, W. H., GREENO, C. G., MOSS, H., FERNSTROM, J., FERNSTROM, M., LILENFELD, L. R., ... MANN, J. J.: 1998 "Alterations in Serotonin Activity and Psychiatric Symptoms After Recovery from Bulimia Nervosa", **Archives of General Psychiatry**, 55/10, 927-935.
- KEANE, S., CLARKE, M., MCGRATH, D., FARRELLY, N., MACHALE, S.: 2015 "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for Female University Students Attending A University Primary Health Care Service in Ireland", **Irish Journal of Psychological Medicine**, 34/01, 7–11.
- KEEL PK, CROW S, DAVIS TL, MITCHELL JE.: 2002 "Assessment of Eating Disorders: Comparison of Interview and Questionnaire Data From A Long-Term Follow-Up Study of Bulimia Nervosa", **J Psychosom Res**, 53, 1043–1047.
- KEEL, P. K., FORNEY, K. J.: 2013 "Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 46/5, 433-439.
- KEEL, P. K., STRIEGEL-MOORE, R. H.: 2009 "The Validity and Clinical Utility of Purging Disorder", **International Journal of Eating Disorders**, 42, 706–719.

- KEEL, P. K., BROWN, T. A., HOLM-DENOMA, J., BODELL, L. P.: 2011
 “Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity”, **International Journal of Eating Disorders**, 44, 553–560.
- KEEL, P. K., FORNEY, K. J., BROWN, T. A., HEATHERTON, T. F.: 2013
 “Influence of College Peers on Disordered Eating in Women and Men at 10-Year Follow-Up”, **Journal of Abnormal Psychology**, 122(1), 105.
- KEEL, P. K., HAEDT, A., EDLER, C.: 2005
 “Purging Disorder: An Ominous Variant of Bulimia Nervosa?”, **International Journal of Eating Disorders**, 38, 287–294.
- KEEL, P. K., HEATHERTON, T. F., DORER, D. J., JOINER, T. E., ZALTA, A. K.: 2006
 “Point Prevalence of Bulimia Nervosa”, In 1982, 1992, and 2002. **Psychological Medicine**, 36/1, 119-127.
- KEEL, P.K.: 2017a
 “Who Suffers from Eating Disorders?” In **Eating Disorders** (2nd Edition). Oxford University Press, 2017, 27-53
- KEEL, P.K.: 2017b
 “Biological Bases, Correlates, and Consequences of Eating Disorders” In **Eating Disorders** (2nd Edition). Oxford University Press, 2017, 139-144.
- KEEL, P.K.: 2017c
 “Biotreatment” In **Eating Disorders** (2nd Edition). Oxford University Press, 146-169
- KEEL, P.K.: 2017d
 “Prevention” In **Eating Disorders** (2nd Edition). Oxford University Press, 2017, 171-181.
- KEEL, P.K., FORNEY, K.J.: 2015
 “Prevalence and Incidence of Eating Disorders in Western Societies” In **The Wiley Handbook of Eating Disorders**. Ed. by Linda Smolak, Michael P. Levine. John Wiley & Sons, Ltd. pp.53-64
- KERR, M., STATTIN, H., BIESECKER, G., FERRER-WREDER, L.: 2003
 “Relationships with Parents and Peers in Adolescence.” in **Handbook of psychology Volume 6 Developmental Psychology**. Eds. by Irving B. Weiner. John Wiley & Sons. pp. 395-419.

- KELLY-WEEDER, S.,
PHILLIPS, K.,
LEONARD, K.,
VERONEAU, M.: 2014
“Binge Eating and Weight Loss Behaviors of Overweight and Obese College Students”. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, 26/8, 445-451.
- KERMEN, S.: 2019
“Ergenler için Aile Yemekleri Ölçeğinin Geliştirilmesi” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- KESKI-RAHKONEN, A.,
MUSTELIN, L.: 2016
“Epidemiology of Eating Disorders in Europe: Prevalence, Incidence, Comorbidity, Course, Consequences, and Risk Factors”, **Current Opinion in Psychiatry**, 29/6, 340-345.
- KESSLER, R. C.,
BERGLUND, P. A., CHIU,
W. T., DEITZ, A. C.,
HUDSON, J. I., SHAHLY,
V., ... BRUFFAERTS, R.:
2013
“The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys”, **Biological Psychiatry**, 73/9, 904-914.
- KEYES, C. L.: 2005
“Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 73/3, 539.
- KILBOURNE, J.: 1994
“Still Killing Us Softly: Advertising and the Obsession with Thinness” In **Feminist Perspectives on Eating Disorders**, Ed. by Patricia Fallon, Melanie A. Katzman, Susan C. Wooley pp. 395-418.
- KLING, K. C., HYDE, J.
S., SHOWERS, C. J.,
BUSWELL, B. N.: 1999
“Gender Differences in Self-Esteem: A Meta-Analysis”, **Psychological Bulletin**, 125/4, 470–500.
- KLUMP, K. L., KEEL, P.
K., SISK, C., BURT, S. A.:
2010
“Preliminary Evidence that Estradiol Moderates Genetic Influences on Disordered Eating Attitudes and Behaviors During Puberty”. **Psychological Medicine**, 40/10, 1745.

- KLUMP KL, MILLER KB, KEEL PK, ET AL.: 2001 “Genetic and Environmental Influences on Anorexia Nervosa Syndromes in A Population-Based Twin Sample”, **Psychology Med**, 2001, 31, 737–40.
- KLUMP, K. L., BULIK, C. M., KAYE, W. H., TREASURE, J., TYSON, E.: 2009 “Academy for Eating Disorders Position Paper: Eating Disorders Are Serious Mental Illnesses”, **International Journal of Eating Disorders**, 42/2, 97-103.
- KLUMP, K.L., KEEL, P.K., CULBERT, K.M., EDLER, C.: 2008 “Ovarian Hormones and Binge Eating: Exploring Associations in Community Samples”, **Psychological Medicine**, 38, 1749–1757.
- KOLAR DR, MEJÍA RODRIGUEZ DM, MEBARAK CHAMS M, HOEK HW.: 2016 “Epidemiology of Eating Disorders in Latin America: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **Curr Opin Psychiatry**, 29, 363–371.
- KORKMAZ NH.: 2010 “Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Spor Yapma ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi”, **Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 23/2, 399-413.
- KOZAN, H. İ. Ö., HAMARTA, E.: 2017 “Beliren Yetişkinlikte Beden İmgesi: Bağlanma ve Sosyal Görünüş Kaygısının Rolü”, **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, 7/48, 63-81.
- KÖROĞLU, E.: 2001 **DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı**, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- KÖROĞLU.: 2014a **DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı**, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 172-180.
- KÖROĞLU.: 2014b **DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı**, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- KÖSE, G., TAYFUR, M., BİRİNCİOĞLU, İ. DÖNMEZ, A.: 2016 “Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish”, **Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research**, 5/3, 125-134.

- KREŠIĆ, G., KENĐEL JOVANOVIĆ, G., PAVIČIĆ ŽEŽELJ, S., CVIJANOVIĆ, O., IVEZIĆ, G.: 2009
 “The Effect of Nutrition Knowledge on Dietary Intake Among Croatian University Students”, **Collegium Antropologicum**, 33/4, 1047-1056.
- KRING, A.M., JOHSON, S.L., DAVIDSON, G., NEALE, J.: 2017a
 “Kaygı Bozuklukları” Çev. Muzaffer Şahin, **ANORMAL PSİKOLOJİSİ**, 12. Basım DSM-5 Güncellemesi ile, s.173-201.
- KRING, A.M., JOHSON, S.L., DAVIDSON, G., NEALE, J.: 2017b
 “Obsesif Kompulsif ve Travma İlişkili Bozukluklar” Çev. Muzaffer Şahin, **ANORMAL PSİKOLOJİSİ**, 12. Basım DSM-5 Güncellemesi ile, s.202-210
- KUGU, N., AKYUZ, G., DOGAN, O., ERSAN, E., IZGİC, F.: 2006
 “The Prevalence of Eating Disorders Among University Students and The Relationship with Some Individual Characteristics”, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 40/2, 129-135.
- LABRE, M. P.: 2002
 “Adolescent Boys and the Muscular Male Body Ideal”. **Journal Of Adolescent Health**, 30/4. 233–242
- LALLY, J., Ó CONGHAILE, A., QUIGLEY, S., BAINBRIDGE, E., MCDONALD, C.: 2013
 “Stigma of Mental Illness and Help-Seeking Intention in University Students”, **The Psychiatrist**, 37/8, 253-260.
- LAM, Y. Y., MAGUIRE, S., PALACIOS, T., CATERSON, I. D.: 2017
 “Are the Gut Bacteria Telling Us to Eat or Not to Eat? Reviewing the Role of Gut Microbiota in the Etiology, Disease Progression and Treatment of Eating Disorders”, **Nutrients**, 9/6, 602.
- LAMPARD, A. M., BYRNE, S. M., MCLEAN, N.: 2011
 “Does Self-Esteem Mediate the Relationship Between Interpersonal Problems and Symptoms of Disordered Eating?”, **European Eating Disorders Review**, 19/5, 454-458.

- LE GRANGE, D., LOCK, J., AGRAS, W. S., BRYSON, S. W., JO, B.: 2015
 “Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa”, **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 54/11, 886-894.
- LEE, K., SOHN, H., LEE, S., LEE, J.: 2004
 “Weight and BMI Over 6 Years in Korean Children: Relationships to Body Image and Weight Loss Efforts”, **Obesity Research**, 12/12, 1959-1966.
- LEE, S. H., KIM, S. J.: 2012
 “The Degree of Perceived Stress, Depression and Self Esteem of University Students”, **Journal Of Korean Public Health Nursing**, 26/3, 453-464.
- LEE, S., LEUNG, T., LEE, A. M., YU, H., LEUNG, C. M.: 1996
 “Body Dissatisfaction Among Chinese Undergraduates and Its Implications For Eating Disorders In Hong Kong”, **International Journal Of Eating Disorders**, 20/1, 77-84.
- LEONARD, B.: 2016
 “What Is Diet and Nutrition?”, (Çevrimiçi) <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/enhance-your-wellbeing/health/diet-nutrition/what-diet-nutrition>, 16 Eylül 2019.
- LEVINE, M.P., SMOLAK, L., MOODEY, A.E., SHUMAN, M.D., HESSEN, L.D.: 1994
 “Normative Developmental Challenges and Dieting and Eating Disturbances in Middle School Girls”, **Int J Eat Disord**, 15, 11–20.
- LEVINE, M. P., MURNEN, S. K.: 2009
 “Everybody Knows that Mass Media Are/Are Not [Pick One] A Cause of Eating Disorders”: A Critical Review of Evidence for A Causal Link Between Media, Negative Body Image, and Disordered Eating in Females, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 28/1, 9-42.
- LEVINE, M. P., SMOLAK, L., HAYDEN, H.: 1994
 “The Relation of Sociocultural Factors to Eating Attitudes and Behaviors Among Middle School Girls”, **The Journal of Early Adolescence**, 14/4, 471-490.
- LEVINSON, C. A., RODEBAUGH, T. L.: 2012
 “Social Anxiety and Eating Disorder Comorbidity: The Role of Negative Social Evaluation Fears”, **Eating Behaviors**, 13/1, 27-35.

- EVINSON, C. A.,
RODEBAUGH, T. L.,
WHITE, E. K., MENATTI,
A. R., WEEKS, J. W.,
IACOVINO, J. M.,
WARREN, C. S.: 2013
- LEWINSOHN, P. M.,
STRIEGEL-MOORE, R.
H., SEELEY, J. R.: 2000
- LIN, C. Y., STRONG, C.,
LATNER, J. D., LIN, Y.
C., TSAI, M. C.,
CHEUNG, P.: 2020
- LINEHAN, M.: 1993
- LINEHAN, M.M., CHEN,
E.Y.: 2005
- LOCK, J., LE GRANGE,
D., AGRAS, W.S., MOYE,
A., BRYSON, S.W., JO,
B.: 2010
- LOLAND, N.W.: 1998
- LOPEZ, C.,
TCHANTURIA, K.,
STAHL, D., TREASURE,
J.: 2008
- "Social Appearance Anxiety, Perfectionism, and Fear of Negative Evaluation. Distinct or Shared Risk Factors for Social Anxiety and Eating Disorders?", **Appetite**, 67, 125-133.
- "Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women from Adolescence to Young Adulthood", **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 39/10, 1284-1292.
- "Mediated Effects of Eating Disturbances in the Association of Perceived Weight Stigma and Emotional Distress", **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 25/2, 509-518.
- Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder**. New York. Guilford.
- "Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders", **In Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy**, Boston, MA: Springer, p. 168-171.
- "Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment with Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa", **Archives of General Psychiatry**, 67, 1025–1032.
- "Body Image and Physical Activity. A Survey Among Norwegian Men and Women", **International Journal of Sport Psychology**, 29/4, 339-365.
- "Central Coherence in Eating Disorders: A Systematic Review", **Psychological Medicine**, 38, 1393-1404

- MABE, A.G., FORNEY, K.J., KEEL, P.K.: 2014 "Do You “Like” My Photo? Facebook Use Maintains Eating Disorder Risk", **International Journal of Eating Disorders**, 47/5, 516-523.
- MACHADO, P.P., GONÇALVES, S., HOEK, H.W.: 2013 "DSM-5 Reduces the Proportion of EDNOS Cases: Evidence from Community Samples", **International Journal of Eating Disorders**, 46/1, 60-65.
- MAKINO, M., TSUBOI, K., DENNERSTEIN, L.: 2004 "Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries", **Medscape General Medicine**, 6/3.
- MANÇE, Ö.: 2006 "İlk Yıl Üniversite Öğrencilerini Patolojik Yeme Tutumlarına Yatkın Yapan Faktörler", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- MANN, T., NOLEN-HOEKSEMA, S., HUANG, K., BURGARD, D., WRIGHT, A., HANSON, K.: 1997 "Are Two Interventions Worse Than None? Joint Primary and Secondary Prevention of Eating Disorders in College Females", **Health Psychology**, 16/3, 215.
- MANTILLA, E.F., BIRGEGÅRD, A.: 2016 "Eating Disorder Examination Questionnaire: Norms and Clinical Reference Data from Adolescent Boys and Girls in Sweden", **Psychiatry Research**, 239, 156–162.
- MARCOS, Y.Q., SEBASTIÁN, M.Q., AUBALAT, L.P., AUSINA, J.B., TREASURE, J.: 2013 "Peer and Family Influence in Eating Disorders: A Meta-Analysis", **European Psychiatry**, 28/4, 199-206.
- MARKOWITZ, J.T., BUTLER, D.A., VOLKENING, L.K., ANTISDEL, J.E., ANDERSON, B.J., LAFFEL, L.M.: 2010 "Brief Screening Tool for Disordered Eating in Diabetes: Internal Consistency and External Validity in a Contemporary Sample of Pediatric Patients with Type 1 Diabetes", **Diabetes Care**, 33, 495-500.

MARQUES, L.,
ALEGRIA, M., BECKER,
A.E., CHEN, C.N., FANG,
A., CHOSAK, A., DINIZ,
J.B.: 2011

"Comparative Prevalence, Correlates of Impairment, and Service Utilization for Eating Disorders Across US Ethnic Groups: Implications for Reducing Ethnic Disparities in Health Care Access for Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 44/5, 412-420.

MARTINEZ, E.,
CASTRO, J., BIGORRA,
A., MORER, A., CALVO,
R., VILA, M., ... RIEGER,
E.: 2007

"Assessing Motivation to Change in Bulimia Nervosa: The Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 15/1, 13-23.

MAS, S., PLANA, M. T.,
CASTRO-FORNIELES, J.,
GASSÓ, P., LAFUENTE,
A., MORENO, E., ...,
LAZARO, L.: 2013

"Common Genetic Background in Anorexia Nervosa and Obsessive Compulsive Disorder: Preliminary Results from An Association Study", **Journal of Psychiatric Research**, 47/6, 747-754.

MATSUMOTO, J.,
HIRANO, Y., NUMATA,
N., MATSUZAWA, D.,
MURANO, S., YOKOTE,
K., ... NAKAZATO, M.:
2015

"Comparison in Decision-Making Between Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, and Healthy Women: Influence of Mood Status and Pathological Eating Concerns", **Journal of Eating Disorders**, 3/1, 14.

MCELROY, S.L., FRYE,
M.A., HELLEMANN, G.,
ALTSHULER, L.,
LEVERICH, G.S.,
SUPPES, T., ... POST,
R.M.: 2011

"Prevalence and Correlates of Eating Disorders in 875 Patients with Bipolar Disorder", **Journal of Affective Disorders**, 128/3, 191-198.

MCELROY, S.L.,
KOTWAL, R., KECK JR,
P.E.: 2006

"Comorbidity of Eating Disorders with Bipolar Disorder and Treatment Implications", **Bipolar Disorders**, 8/6, 686-695.

MCGORRY, P.D.,
GOLDSTONE, S.D.,
PARKER, A.G.,
RICKWOOD, D.J.,
HICKIE, I.B.: 2014

"Cultures for Mental Health Care of Young People: An Australian Blueprint for Reform", **The Lancet Psychiatry**, 1/7, 559–568.

- MCLEAN, S.A.,
PAXTON, S.J.,
WERTHEIM, E.H.,
MASTERS, J.: 2015
"Photoshopping the Selfie: Self Photo Editing and Photo Investment are Associated with Body Dissatisfaction in Adolescent Girls", **International Journal of Eating Disorders**, 48/8, 1132-1140.
- MCLEAN, S.A., WERTHEIM, E.H., MARQUES, M.D., PAXTON, S.J.: 2016
"Dismantling Prevention: Comparison of Outcomes Following Media Literacy and Appearance Comparison Modules in a Randomised Controlled Trial", **Journal of Health Psychology**, 16, 396– 403.
- MCVEY, G., TWEED, S.,
BLACKMORE, E.: 2007
"Healthy Schools-Healthy Kids: A Controlled Evaluation of a Comprehensive Universal Eating Disorder Prevention Program", **Body Image**, 4/2, 115-136.
- MEHLER, P.S.,
RYLANDER, M.: 2015
"Bulimia Nervosa – Medical Complications", **Journal of Eating Disorders**, 3/1, 12.
- MELLOR, D., MCCABE, M., RICCIARDELLI, L.,
MERINO, M. E.: 2008
"Body Dissatisfaction and Body Change Behaviors in Chile. The Role of Socio-Cultural Factors", **Body Image**, 5, 205–215.
- MEULE, A.: 2019
"Reconsidering the Use of Cut-Off Scores for the Eating Disorder Examination–Questionnaire", **Eating Disorders**, 1-5.
- MEULE, A., HERMANN, T., KÜBLER, A.: 2014
"A Short Version of the Food Cravings Questionnaire—Trait: The FCQ-T-Reduced", **Frontiers in Psychology**, 5, 190.
- MICALI, N., FIELD, A.E.,
TREASURE, J.L.,
EVANS, D.M.: 2015
"Are Obesity Risk Genes Associated with Binge Eating in Adolescence?", **Obesity**, 23/8, 1729-1736.
- MICALI, N., HAGBERG, K.W., PETERSEN, I.,
TREASURE, J.L.: 2013
"The Incidence of Eating Disorders in the UK in 2000–2009: Findings from the General Practice Research Database." **BMJ Open**, 3, E002646.

- MICALI, N., HILTON, K., NATATANI, E., HEYMAN, I., TURNER, C., MATAIX-COLS, D.: 2011
- "Is Childhood OCD a Risk Factor for Eating Disorders Later in Life? A Longitudinal Study", **Psychological Medicine**, 41/12, 2507-2513.
- MIKOLAJCZYK, R.T., MAXWELL, A.E., EL ANSARI, W., STOCK, C., PETKEVICIENE, J., GUILLEN-GRIMA, F.: 2010
- "Relationship Between Perceived Body Weight and Body Mass Index Based on Self-Reported Height and Weight Among University Students: A Cross-Sectional Study in Seven European Countries", **BMC Public Health**, 10/1, 40.
- MINUCHIN, S., ROSMAN B., BAKER L.: 1978
- Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context**. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- MITCHELL, J.E.: 2016
- "Medical Comorbidity and Medical Complications Associated with Binge-Eating Disorder", **International Journal of Eating Disorders**, 49/3, 319-323.
- MITCHELL, J.E., PYLE, R.L., ECKERT, E.D., ET AL.: 1990
- "A Comparison Study of Antidepressants and Structured Intensive Group Psychotherapy in the Treatment of Bulimia Nervosa", **Archives of General Psychiatry**, 47, 149-157.
- MITCHISON, D., MOND, J.: 2015
- "Epidemiology of Eating Disorders, Eating Disordered Behaviour, and Body Image Disturbance in Males: A Narrative Review", **Journal of Eating Disorders**, 3/1, 20.
- MOND, J.M., CALOGERO, R.M.: 2009
- "Excessive Exercise in Eating Disorder Patients and in Healthy Women", **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 43/3, 227-234.
- MOND, J.M., HAY, P.J., RODGERS, B., OWEN, C., BEUMONT, P.J.V.: 2004
- "Relationships Between Exercise Behaviour, Eating-Disordered Behaviour and Quality of Life in a Community Sample of Women: When is Exercise 'Excessive'?", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 12/4, 265-272.

- MOND, J.M., MYERS, T.C., CROSBY, R.D., HAY, P.J., RODGERS, B., MORGAN, J.F., ... MITCHELL, J.E.: 2008 "Screening for Eating Disorders in Primary Care: EDE-Q versus SCOFF", **Behaviour Research and Therapy**, 46, 612–622.
- MOND, J., HALL, A., BENTLEY, C., HARRISON, C., GRATWICK-SARLL, K., LEWIS, V.: 2013 "Eating-Disordered Behavior in Adolescent Boys: Eating Disorder Examination Questionnaire Norms", **International Journal of Eating Disorders**, 47/4, 335–341.
- MORENO, A.B., THELEN, M.H.: 1993 "A Preliminary Prevention Program for Eating Disorders in a Junior High School Population." **Journal of Youth and Adolescence**, 22, 109–124.
- MORGAN, J.F., REID, F., LACEY, J.H.: 1999 "The SCOFF Questionnaire: Assessment of a New Screening Tool for Eating Disorders", **BMJ**, 319, 467–468.
- MORRIS, J.: 2018 "Understanding Anorexic Behaviour", **Multidisciplinary Management of Eating Disorders**, (Ed. by. Morris, J., Mckinlay, A.), Switzerland: Springer, p. 1-13.
- MÖRKL, S., LACKNER, S., MÜLLER, W., GORKIEWICZ, G., KASHOFER, K., OBERASCHER, A., ... MANGGE, H.: 2017 "Gut Microbiota and Body Composition in Anorexia Nervosa Inpatients in Comparison to Athletes, Overweight, Obese, and Normal Weight Controls", **International Journal of Eating Disorders**, 50/12, 1421-1431.
- MUELLER, A.S., PEARSON, J., MULLER, C., FRANK, K., TURNER, A.: 2010 "Sizing Up Peers: Adolescent Girls' Weight Control and Social Comparison in the School Context", **Journal of Health and Social Behavior**, 51/1, 64-78.
- MULASI-POKHRIYAL, U., SMITH, C.: 2010 "Assessing Body Image Issues and Body Satisfaction/Dissatisfaction Among Hmong American Children 9–18 Years of Age Using Mixed Methodology", **Body Image**, 7/4, 341-348.

- MURPHY, R., STRAEBLER, S., BASDEN, S., COOPER, Z., FAIRBURN, C. G.: 2012 "Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders", **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 19/2, 150-158.
- MUSTELIN, L., LEHTOKARI, V. L., KESKI-RAHKONEN, A.: 2016 "Other Specified and Unspecified Feeding or Eating Disorders Among Women in the Community", **International Journal of Eating Disorders**, 49/11, 1010-1017.
- MUSTELIN, L., SILÉN, Y., RAEVUORI, A., HOEK, H.W., KAPRIO, J., KESKI-RAHKONEN, A.: 2016 "The DSM-5 Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa May Change its Population Prevalence and Prognostic Value", **Journal of Psychiatric Research**, 77, 85-91.
- MÜFTÜOĞLU, S., KIZILTAN, G., AKÇİL OK, M.: 2017 "Majör Depresyon Hastaları için "Aşırı Besin İsteği" Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması", **Türkiye Klinikleri J Health Sci**, 2/1, 13-22.
- MYERS, E.S.: 2007 "Counseling Clients with Eating Disorders", **Nutrition Therapy: Advanced Counseling Skills**, (Ed. by. King, K., Klawitter, B., (2nd Edition), New York: Lippincott Williams & Wilkins, p. 203-218.
- NAKAI, Y., NIN, K., NOMA, S.: 2014 "Eating Disorder Symptoms Among Japanese Female Students in 1982, 1992 and 2002", **Psychiatry Research**, 219/1, 151-156.
- NAKAI, Y., NIN, K., FUKUSHIMA, M., NAKAMURA, K., NOMA, S., TERAMUKAI, S., ... WONDERLICH, S.: 2014 "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for Undergraduate Japanese Women", **European Eating Disorders Review**, 22/6, 439-442.
- NEDA (NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION): 2013 "Eating Disorders on the College Campus: A National Survey of Programs and Services". (Çevrimiçi) <http://www.nationaleatingdisorders.org/collegiatesurveyproject>, 27 Ocak 2020.

- 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.
- NEUMARK-SZTAINER, D., WALL, M., LARSON, N.I., EISENBERG, M.E., LOTH, K.: 2011 "Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study", **Journal of the American Dietetic Association**, 111/7, 1004-1011.
- NEUMARK-SZTAINER, D., WALL, M., STORY, M., FULKERSON, J.A.: 2004 "Are Family Meal Patterns Associated with Disordered Eating Behaviors Among Adolescents?", **Journal of Adolescent Health**, 35, 350–359.
- NICHOLLS, D.E., LYNN, R., VINER, R.M.: 2011 "Childhood Eating Disorders: British National Surveillance Study", **The British Journal of Psychiatry**, 198/4, 295-301.
- NOBAKHT, M., DEZHKAM, M.: 2000 "An Epidemiological Study of Eating Disorders in Iran", **International Journal of Eating Disorders**, 28/3, 265-271.
- NOLAN, L.J., HALPERIN, L.B., GELIEBTER, A.: 2010 "Emotional Appetite Questionnaire. Construct Validity and Relationship with BMI", **Appetite**, 54, 314–319.
- O'BRIEN, K.S., LATNER, J.D., PUHL, R.M., VARTANIAN, L.R., GILES, C., GRIVA, K., CARTER, A.: 2016 "The Relationship Between Weight Stigma and Eating Behavior is Explained by Weight Bias Internalization and Psychological Distress", **Appetite**, 102, 70–76.
- OGDEN, J.: 2010 "Treating Eating Disorders", **The Psychology of Eating from Healthy to Disordered Behavior**, (2nd Edition), US.: Wiley-Blackwell, p. 254-264.
- OGDEN, J.: 2010b "Body Dissatisfaction" **The Psychology of Eating from Healthy to Disordered Behavior**, (2nd Edition), US.: Wiley-Blackwell, p. 97-115.

- OGDEN, J.: 2010c "Healthy Eating", **The Psychology of Eating from Healthy to Disordered Behavior**, (2nd Edition), US.: Wiley-Blackwell, p. 8-30.
- OĞUR, S., AKSOY. A., SELEN, H.: 2016 "Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği", **Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi**, 5/1.
- OKUMUŞ ERGÜNEY, F.E., SERTEL BERK, Ö., YÜCEL, B., & RIEGER, E.: 2018 "Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği ve Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği: Türk Örnekleminde Psikometrik Özellikleri", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 19, 29-33.
- OKUMUŞ, F.E.E., BAYKAL, N.B., DEVECI, E., KARAKÖSE, S.: 2018 "Yeme Bozukluğu Vakalarında Hastalık Yaşantısı ve Grup Süreci: Nitel Bir Çalışma", **Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi**, 2/4, 307-318.
- OLIVER, K.K., THELEN, M.H.: 1996 "Children's Perceptions of Peer Influence on Eating Concerns", **Behavior Therapy**, 27, 25-39.
- OOST, K.M., LIVINGSTON, N.A., GLEASON, H.A., COCHRAN, B.N.: 2016 "Gender Performance Stress and Risk for Psychopathology: Looking Beyond Sexual Orientation", **Journal of LGBT Youth**, 13/3, 231-248.
- ÖNGÖREN, B.: 2015 "Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi", **Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi**, 16/34, 25-45.
- ÖZAYDIN, T., AKIN, B.: 2019 "Obesity Prevention Program for University Students: A Randomized Controlled Study Protocol• Üniversite Öğrencileri için Obezite Önleme Programı: Randomize Kontrollü Çalışma Protokolü", **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi**, 16/1, 27-32.
- ÖZDEMİR, A.: 2013 "Yeme Bozukluğu Hastasının Klinik Değerlendirmesi", **Yeme Bozuklukları ve Obezite**, (Ed. by. Yücel, B. Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F. Vardar, E.), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 15, s. 97-107

- ÖZDOĞAN, Y.: 2013 "Adolesanların Yeme Davranışı ve Beslenme Bilgilerini Saptamaya Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- ÖZGEN, L., KINACI, B., ARLI, M.: 2012 "Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları", **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 45/1, 229-248.
- ÖZÜTÜRKER, S., ÖZER, B.K.: 2016 "Erzincan Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Antropometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi", **Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 9/2, 63-74.
- PALLISTER, E., WALLER, G.: 2008 "Anxiety in the Eating Disorders: Understanding the Overlap", **Clinical Psychology Review**, 28/3, 366-386.
- PALMER, B.: 2014 **Helping People with Eating Disorders: A Clinical Guide to Assessment and Treatment**, (Second Edition), Wiley Blackwell, John Wiley & Sons, Ltd., p. 2, 11, 112.
- PATTON, G.C., SELZER, R., COFFEY, C., CARLIN, B., WOLFE, R.: 1999 "Onset of Adolescent Eating Disorders: Population-Based Cohort Study Over 3 Years", **British Medical Journal**, 318, 765-768.
- PAXTON, S.J., EISENBERG, M.E., NEUMARK-SZTAINER, D.: 2006 "Prospective Predictors of Body Dissatisfaction in Adolescent Girls and Boys: A Five-Year Longitudinal Study", **Developmental Psychology**, 42/5, 888.
- PEARSON, J., GOLDKLANG, D., STRIEGEL-MOORE, R.H.: 2002 "Prevention of Eating Disorders: Challenges and Opportunities", **Int J Eat Disord**, 31, 233-239.
- PEEBLES, R., WILSON, J.L., LITT, I.F., HARDY, K.K., LOCK, J.D., MANN, J.R., BORZEKOWSKI, D.L.: 2012 "Disordered Eating in a Digital Age: Eating Behaviors, Health, and Quality of Life in Users of Websites with Pro-Eating Disorder Content", **Journal of Medical Internet Research**, 14/5, E148.

- PERLOFF, R.M.: 2014 "Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research", **Sex Roles**, 71/11-12, p. 363-377.
- PEKCAN, G.: 2008 "Beslenme Durumunun Saptanması", (Çevrimiçi) <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/a%20%2014.pdf>, 15 Ocak 2020.
- PERRIN, E.M., BOONE-HEINONEN, J., FIELD, A.E., COYNE-BEASLEY, T., GORDON-LARSEN, P.: 2010 "Perception of Overweight and Self-Esteem during Adolescence", **International Journal of Eating Disorders**, 43/5, 447-454.
- PHELPS, L., SAPIA, J., NATHANSON, D., NELSON, L.: 2000 "An Empirically Supported Eating Disorder Prevention Program", **Psychology in the Schools**, 37, 443-452.
- PHILLIPS, K.E., LOGIUDICE, J.A.: 2020 "Practices and Attitudes of Nursing Students Toward Patients with Disordered Eating Behaviors", **Nursing Education Perspectives**, 41/1, 49-51.
- PIRILDAR, Ş.: 2013 "Yeme Bozukluklarında Eşan", **Yeme Bozuklukları ve Obezite**, (Ed. by. Yücel, B. Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F. Vardar, E.), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 15, s. 89-96.
- PIKE, K., HOEK, H.W., DUNNE, P.E.: 2014 "Recent Cultural Trends and Eating Disorders", **Curr Opin Psychiatry**, 27, 436-442.
- PIKE, K.M., DUNNE, P.E.: 2015 "The Rise of Eating Disorders in Asia", **J Eat Disord**, 3, 33.
- PIKE, K.M., DUNNE, P.E., ADDAI, E.: 2013 "Expanding the Boundaries: Reconfiguring the Demographics of the "Typical" Eating Disordered Patient", **Current Psychiatry Reports**, 15/11, 411.

- PINTO, T.F., DE BRUIN, P.F.C., DE BRUIN, V.M.S., LEMOS, F.N., LOPES, F.H.A., LOPES, P.M.: 2017 "Effects of Bariatric Surgery on Night Eating and Depressive Symptoms: A Prospective Study", **Surgery for Obesity and Related Diseases**, 13/6, 1057-1062.
- PIRAN, N.: 1999 "Eating Disorders: A Trial of Prevention in a High Risk School Setting" **Journal of Primary Prevention**, 20, 75–90.
- PIRAN, N.: 2002 "Prevention of Eating Disorders", **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**. (Ed. by. Fairburn, C.G., Brownell, K.D., (2nd Edition), New York: The Guilford Press, p. 367-371.
- POLAT, A. VE SODAN TURAN, H.: 2013 "Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi", **Yeme Bozuklukları ve Obezite**, (Ed. by. Yücel, B. Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F. Vardar, E.), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 15, s. 27-38.
- PORTO-ARIAS, J.J., LORENZO, T., LAMAS, A., REGAL, P., CARDELLE-COBAS, A., CEPEDA, A.: 2018 "Food Patterns and Nutritional Assessment in Galician University Students", **Journal of Physiology and Biochemistry**, 74/1, 119-126.
- POSAVAC, S.S., POSAVAC, H.D.: 2002 "Predictors of Women's Concern with Body Weight: The Roles of Perceived Self-Media Ideal Discrepancies and Self-Esteem", **Eating Disorders**, 10/2, 153-160.
- POSTA GAZETESİ: 2020 "Sosyal Medya Kullanım Süresi 3 Saate Yaklaştı.", 4 Mart 2020, (Çevrimiçi) <https://www.posta.com.tr/sosyal-medya-kullanim-suresi-3-saate-yaklasti-fotograflari-2242249-2>, 28 Mart 2020
- POTTERTON, R., RICHARDS, K., ALLEN, K., SCHMIDT, U.: 2019 "Eating Disorders during Emerging Adulthood: A Systematic Scoping Review", **Frontiers in Psychology**, 10, 3062.

- PRETI, A., DE GIROLAMO, G., VILAGUT, G., ALONSO, J., DE GRAAF, R., BRUFFAERTS, R., ...THE ESEMED-WMH INVESTIGATORS.: 2009 "The Epidemiology of Eating Disorders in Six European Countries: Results of the ESEMed-WMH Project", **Journal of Psychiatric Research**, 43, 1125–1132.
- PROUTY, A.M., PROTINSKY, H.O., CANADY, D.: 2002 "College Women: Eating Behaviors and Help-Seeking Preferences", **Adolescence-San Diego**, 37, 353-364.
- RACETTE, S.B., DEUSINGER, S.S., STRUBE, M.J., HIGHSTEIN, G.R., DEUSINGER, R.H.: 2005 "Weight Changes, Exercise, and Dietary Patterns during Freshman and Sophomore Years of College", **Journal of American College Health**, 53/6, 245-251.
- RAEVUORI, A., KESKI-RAHKONEN, A., HOEK, H. W.: 2014 "A Review of Eating Disorders in Males", **Current Opinion in Psychiatry**, 27/6, 426-430.
- RAICH, R.M., PORTELL, M., PELÁEZ-FERNÁNDEZ, M.A.: 2010 "Evaluation of a School-Based Programme of Universal Eating Disorders Prevention: Is it More Effective in Girls at Risk?", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 18/1, 49-57.
- RAMEZANKHANI, A., GHAFARI, M., RAKHSHANI, F., GHANBARI, S., AZIMI, S.: 2015 "Comparison of Health Literacy Between Medical and Non-Medical Students in Shahid Beheshti Universities in the Academic Year 92-93", **Pajoohandeh Journal**, 20/2, 78-85.
- RÅSTAM, M., GILLBERG, C.: 1991 "The Family Background in Anorexia Nervosa: A Population-Based Study", **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 30/2, 283-289.
- RIEGER, E., TOUYZ, S., BEAUMONT, P.J.V.: 2002 "The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): Information Regarding its Psychometric Properties", **Int J Eat Disord**, 32, 24-38.

- RIKANI, A.A.,
CHOUDHRY, Z.,
CHOUDHRY, A.M.,
IKRAM, H., ASGHAR,
M.W., KAJAL, D., ...
MOBASSARAH, N.J.:
2013
- "A Critique of the Literature on Etiology of Eating Disorders", **Annals of Neurosciences**, 20/4, 157.
- RINGER, F.,
CRITTENDEN, P.M.:
2007
- "Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorders", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 15/2, 119-130.
- RØ, Ø., REAS, D.L.,
STEDAL, K.: 2015
- "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination Between Female Controls and Eating Disorder Patients", **European Eating Disorders Review**, 23/5, 408–412.
- ROBERT-MCCOMB, J.J.,
BAYER, V.: 2012
- "Exercise Guidelines: Specific Recommendations for Women and Children", **Eating Disorders in Women and Children. Prevention, Stress Management, and Treatment**, (Ed. by. Kristin L. Goodheart, James R. Clopton, Jacalyn J. Robert-Mccomb.), New York: CRC Press Taylor & Francis Group, LLC, p. 314-335.
- ROBERTS, R.,
GOLDING, J., TOWELL,
T., REID, S.,
WOODFORD, S.,
VETERE, A., WEINREB,
I.: 2000
- "Mental and Physical Health in Students: The Role of Economic Circumstances", **British Journal of Health Psychology**, 5/3, 289–297.
- ROBINS, R. W., HENDIN,
H. M., TRZESNIEWSKI,
K. H.: 2001
- "Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale". **Personality and social psychology bulletin**, 27/2, 151-161.
- ROBSON, P.J.: 1988
- "Self-Esteem—A Psychiatric View", **The British Journal of Psychiatry**, 153/1, 6-15.

- RODGERS, R.F.,
PAXTON, S.J., MCLEAN,
S.A.: 2014
"A Biopsychosocial Model of Body Image Concerns and Disordered Eating in Early Adolescent Girls", **Journal of Youth and Adolescence**, 43/5, 814-823.
- ROHWER, J.L.: 2012
"Educational Programs Aimed at Primary Prevention", **Eating Disorders in Women and Children. Prevention, Stress Management, and Treatment**", (Ed. by. Kristin, L., Goodheart, James, R., Clopton, Jacalyn, J., Robert-Mccomb.), New York: CRC Press Taylor & Francis Group, LLC, p. 211-221.
- ROMIEU, I.,
HERNANDEZ-AVILA,
M., RIVERA, J.A., RUEL,
M.T., PARRA, S.: 1997
"Dietary Studies in Countries Experiencing a Health Transition: Mexico and Central America", **The American Journal of Clinical Nutrition**, 65/4, 1159s-1165s.
- ROSEN, J. C., RAMIREZ,
E.: 1998.
"A Comparison of Eating Disorders and Body Dysmorphic Disorder on Body Image and Psychological Adjustment", **J Psychosom Res**, 44, 441-449.
- RUDD, N.A., LENNON,
S.J.: 2000
"Body Image and Appearance-Management Behaviors in College Women", **Clothing and Textiles Research Journal**, 18/3, 152-162.
- RUFFOLO, J. S.,
PHILLIPS, K. A.,
MENARD, W., FAY, C.,
WEISBERG, R. B.: 2006
"Comorbidity of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders: Severity of Psychopathology and Body Image Disturbance", **International Journal of Eating Disorders**, 39/1, 11-19.
- RUKAVINA, T.,
POKRAJAC-BULIAN, A.:
2006
"Thin-Ideal Internalization, Body Dissatisfaction and Symptoms of Eating Disorders in Croatian Adolescent Girls", **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 11/1, 31-37.
- RUSSELL, G.: 1979
"Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa", **Psychological Medicine**, 9/3, 429-448.

- RUWAARD, J., LANGE, A., BROEKSTEEG, J., RENTERIA-AGIRRE, A., SCHRIEKEN, B., DOLAN, C.V., EMMELKAMP, P.: 2012 "Online Cognitive-Behavioural Treatment of Bulimic Symptoms: A Randomized Controlled Trial", **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 20/4, 308–318.
- SAFER, D.L., TELCH, C.F., AGRAS, W.S.: 2001 "Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa", **American Journal of Psychiatry**, 158/4, 632-634.
- SANFTNER, J.L., CROWTHER, J.H.: 1998 "Variability in Self-Esteem, Moods, Shame, and Guilt in Women who Binge", **International Journal of Eating Disorders**, 23/4, 391-397.
- SASSAROLI, S., RUGGIERO, G.M.: 2005 "The Role of Stress in the Association Between Low Self-Esteem, Perfectionism, and Worry, and Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 37/2, 135-141.
- SATTER, E.: 2011 "What is Normal Eating?", **Eating Disorders Sourcebook**, (Ed. by. Sandra J. Judd., (3rd Edition), US.: Omnigraphics, p. 13-17.
- SAVAŞIR, I., EROL, N.: 1989 "Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi", **Psikoloji Dergisi**, 7, 19-25.
- SAWYER, S.M., AFIFI, R.A., BEARINGER, L.H., BLAKEMORE, S.J., DICK, B., EZEH, A.C., PATTON, G.C.: 2012 "Adolescence: A Foundation for Future Health", **The Lancet**, 379/9826, 1630-1640.
- SAWYER, S.M., AZZOPARDI, P.S., WICKREMARATHNE, D., PATTON, G.C.: 2018 "The Age of Adolescence", **The Lancet Child & Adolescent Health**, 2/3, 223-228.
- SAYGIN, Y.: 2008 "Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

SCHAEFER, A.,
MATTHESS, H.,
PFITZER, G., ET AL.:
2007

"Mental Health and Performance of Medical Students with High and Low Test Anxiety", **Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie**, 57, 289–297.

SCHAEFER, L.M.,
SMITH, K.E., LEONARD,
R., WETTERNECK, C.,
SMITH, B., FARRELL,
N., ... ANDERSON, D.A.:
2018

"Identifying a Male Clinical Cutoff on the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)", **International Journal of Eating Disorders**, 51/12, 1357-1360.

SCHILDER, P.: 1950

The Image and Appearance of the Human Body. New York. International Universities Press.

SCHUCH, J.J.J., ROEST,
A.M., NOLEN, W.A.,
PENNINX, B.W.J.H., DE
JONGE, P.: 2014

"Gender Differences in Major Depressive Disorder: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety", **J Affect Disord**, 156, 156–163.

SCHWALBERG, M.D.,
BARLOW, D.H., ALGER,
S.A., HOWARD, L.J.:
1992

"Comparison of Bulimics, Obese Binge Eaters, Social Phobics, and Individuals with Panic Disorder on Comorbidity Across DSM-III—R Anxiety Disorders", **Journal of Abnormal Psychology**, 101/4, 675.

SEMİZ, M., KAVAKCI,
Ö., YAĞIZ, A., YONTAR,
G., KUĞU, N.: 2013

"Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 24/3, 149-157.

SERDULA, M.K.,
COLLINS, M.E.,
WILLIAMSON, D.F.,
ANDA, R.F., PAMUK, E.,
BYTER, T.E.: 1993

"Weight Control Practices of United-States Adolescents and Adults", **Annals of Internal Medicine**, 119/7, 667-671.

SEVINÇ, Ö., BOZKURT,
A.İ., GÜNDOĞDU, M.,
ASLAN, Ü.B., AĞBUĞA,
B., ASLAN, Ş., ...
GÖKÇE, Z.: 2011

"Evaluation of The Effectiveness of an Intervention Program on Preventing Childhood Obesity in Denizli, Turkey", **Turkish Journal of Medical Sciences**, 41/6, 1097-1105.

- SEVINÇER, G.M.,
KONUK, N., BOZKURT,
S., SARAÇLI, Ö.,
COŞKUN, H.: 2015
"Psychometric Properties of the Turkish Version
of the Yale Food Addiction Scale Among Bariatric
Surgery Patients", **Anatolian Journal of
Psychiatry**, 16/Special Issue.1, 44-53.
- SHOMAKER, L.B.,
FURMAN, W.: 2009
"Interpersonal Influences on Late Adolescent Girls'
and Boys' Disordered Eating", **Eating
Behaviors**, 10/2, 97-106.
- SHROFF, H., REBA, L.,
THORNTON, L.M.,
TOZZI, F., KLUMP, K.L.,
BERRETTINI, W.H., ...
GOLDMAN, D.: 2006
"Features Associated with Excessive Exercise in
Women with Eating Disorders", **International
Journal of Eating Disorders**, 39/6, 454-461.
- SIRAMKAYA, S.B.,
ÇINAR, K.: 2012
"Üniversite Kampüs Yerleşkelerinde Ortak
Kullanım Mekânlarının İncelenmesi: Selçuk
Üniversitesi Aleaddin Keykubat Kampüsü
Örneği", **S.Ü. Müh.-Mim. Fak. Derg.**, 27, s. 3.
- SIDANI, J.E., SHENSA,
A., HOFFMAN, B.,
HANMER, J., PRIMACK,
B.A.: 2016
"The Association Between Social Media Use and
Eating Concerns Among US Young
Adults", **Journal of the Academy of Nutrition
and Dietetics**, 116/9, 1465-1472.
- SILVERSTONE, P.H.:
1991
"Low Self-Esteem in Different Psychiatric
Conditions", **British Journal of Clinical
Psychology**, 30/2, 185-188.
- SILVERSTONE, P.H.:
1992
"Is Chronic Low Self-Esteem the Cause of Eating
Disorders?", **Medical Hypotheses**, 39/4, 311-315.
- SINTON, M.M.,
TAYLOR, C.B.: 2010
"Prevention: Current Status and Underlying
Theory", **The Oxford Handbook of Eating
Disorders**, (Ed. by. W. Steward Agras.), Oxford
University Press, p. 307-330.
- SMALL, M., BAILEY-
DAVIS, L., MORGAN, N.,
MAGGS, J.: 2013
"Changes in Eating and Physical Activity
Behaviors Across Seven Semesters of College:
Living on or off Campus Matters", **Health
Education & Behavior**, 40/4, 435-441.

- SMINK, F.R., VAN HOEKEN, D., OLDEHINKEL, A.J., HOEK, H.W.: 2014 "Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents", **International Journal of Eating Disorders**, 47/6, 610-619.
- SMITH, G.T., SIMMONS, J.R., FLORY, K., ANNUS, A.M., HILL, K.K.: 2007 "Thinness and Eating Expectancies Predict Subsequent Binge-Eating and Purging Behavior Among Adolescent Girls", **Journal of Abnormal Psychology**, 116/1, 188.
- SMITH, K.E., MASON, T.B., MURRAY, S.B., GRIFFITHS, S., LEONARD, R.C., WETTERNECK, C.T., ... LAVENDER, J.M.: 2017 "Male Clinical Norms and Sex Differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)", **International Journal of Eating Disorders**, 50/7, 769–775.
- SMOLAK, L., MURNEN, S.K.: 2002 "A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 31, 136–150.
- SMOLAK, L., LEVINE, M.P., THOMPSON, J.K.: 2001 "The Use of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire with Middle School Boys and Girls", **International Journal of Eating Disorders**, 29/2, 216-223.
- SOLMI, F., HOTOPF, M., HATCH, S.L., TREASURE, J., MICALI, N.: 2016 "Eating Disorders in a Multi-Ethnic Inner-City UK Sample: Prevalence, Comorbidity and Service Use", **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 51/3, 369-381.
- SOUTTER, C.: 2017 "The Psychology of an Eating Disorder Etiology and Risk Factors", **Eating Disorders in Special Populations**. (Ed. by. Jonna Fries, Veronica Sullivan), New York: Taylor & Francis Group, p. 29-41.
- SOYGÜT, G.: 2003 "Yeme Bozukluklarının Bilişsel Davranışçı Tedavisi", **Bilişsel Davranışçı Terapiler**, (Ed. by. Savaşır, I., Soygüt, G., Kabakçı, E., (3. Baskı), Ankara: Türk Psikologlar Derneği, s.112-139.

- SPANOS, A., KLUMP, K.L., BURT, S.A., MCGUE, M., IACONO, W.G.: 2010 "A Longitudinal Investigation of the Relationship Between Disordered Eating Attitudes and Behaviors and Parent Child Conflict: A Monozygotic Twin Differences Design", **J Abnorm Psychol**, 119/2, 293–299.
- SPENCER, E.A., APPLEBY, P.N., DAVEY, G.K., KEY, T.J.: 2002 "Validity of Self-Reported Height and Weight in 4808 EPIC–Oxford Participants", **Public Health Nutrition**, 5/4, 561–565.
- SPITZER, B.L., HENDERSON, L.A., ZIVIAN, M.T.: 1999 "Gender Differences in Population versus Media Body Sizes: A Comparison Over Four Decades", **Sex Roles**, 40, 545–565.
- SREERAMAREDDY, C.T., SHANKAR, P.R., BINU, V.S., MUKHOPADHYAY, C., RAY, B., MENEZES, R.G.: 2007 "Psychological Morbidity, Sources of Stress and Coping Strategies Among Undergraduate Medical Students of Nepal", **BMC Medical Education**, 7/1, 26.
- STALLMAN, H.M.: 2010 "Psychological Distress in University Students: A Comparison with General Population Data", **Australian Psychologist**, 45/4, 249–257.
- STANFORD, S.C., LEMBERG, R.: 2012 "Measuring Eating Disorders in Men: Development of the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM)", **Eating Disorders**, 20/5, 427–436.
- STAPEL, D.A., BLANTON, H.: 2004 "From Seeing to Being: Subliminal Social Comparisons Affect Implicit and Explicit Self-Evaluations", **Journal of Personality and Social Psychology**, 87/4, 468.
- STEIGER, H., JABALPURWALA, S., CHAMPAGNE, J.: 1996 "Axis II Comorbidity and Developmental Adversity in Bulimia Nervosa", **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 184/9, 555–560.
- STEINER-ADAIR, C., SJOSTROM, L., FRANKO, D.L., PAI, S., SINY TUCKER, R., BECKER, A.E., ET AL.: 2002 "Primary Prevention of Risk Factors for Eating Disorders in Adolescent Girls: Learning from Practice", **International Journal of Eating Disorders**, 32, 401–411.

- STEINGLASS, J.,
MAYER, L., ATTIA, E.:
2015 "Treatment of Restrictive Eating and Low-Weight Conditions, Including Anorexia Nervosa and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder", **Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders**, (Ed. by. B Timothy Walsh, M. D., Attia, E., Glasofer, D. R., Sysko, R.), American Psychiatric Pub, p. 422. Ibooks.
- STEINHAUSEN, H.C.:
2002 "The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century", **American Journal of Psychiatry**, 159/8, 1284-1293.
- STICE, E.: 2002 "Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A meta-Analytic Review", **Psychological Bulletin**, 128/5, 825–848.
- STICE, E., RAGAN, J.:
2002 "A Preliminary Controlled Evaluation of an Eating Disturbance Psychoeducational Intervention for College Students", **International Journal of Eating Disorders**, 31, 159–171.
- STICE, E., AGRAS, W.S.:
1999 "Subtyping Bulimic Women Along Dietary Restraint and Negative Affect Dimensions", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 67/4, 460.
- STICE, E., DESJARDINS,
C.D.: 2018 "Interactions Between Risk Factors in the Prediction of Onset of Eating Disorders: Exploratory Hypothesis Generating Analyses", **Behaviour Research and Therapy**, 105, 52-62.
- STICE, E., SHAW, H.:
2004 "Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review", **Psychological Bulletin**, 130/2, 206.
- STICE, E., SHAW, H.E.:
2002 "Role of Body Dissatisfaction in the Onset and Maintenance of Eating Pathology: A Synthesis of Research Findings", **Journal of Psychosomatic Research**, 53/5, 985-993.

- STICE, E., WHITENTON, K.: 2002 "Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Girls: A Longitudinal Investigation", **Developmental Psychology**, 38/5, 668–679.
- STICE, E., MARTI, C.N., ROHDE, P.: 2013 "Prevalence, Incidence, Impairment, and Course of the Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women", **Journal of Abnormal Psychology**, 122/2, 445.
- STICE, E., MARTI, C.N., SHAW, H., JACONIS, M.: 2009 "An 8-Year Longitudinal Study of The Natural History of Threshold, Subthreshold, and Partial Eating Disorders from a Community Sample of Adolescents", **Journal of Abnormal Psychology**, 118, 587–597.
- STICE, E., MAXFIELD, J., WELLS, T.: 2003 "Adverse Effects of Social Pressure to be Thin on Young Women: An Experimental Investigation of the Effects of “Fat Talk”", **International Journal of Eating Disorders**, 34/1, 108-117.
- STICE, E., MAZOTTI, L., WEIBEL, D., AGRAS, W.S.: 2000 "Dissonance Prevention Program Decreases Thin-Ideal Internalization, Body Dissatisfaction, Dieting, Negative Affect, and Bulimic Symptoms: A Preliminary Experiment", **International Journal of Eating Disorders**, 27/2, 206-217.
- STICE, E., NEMEROFF, C., SHAW, H.E.: 1996 "Test of the Dual Pathway Model of Bulimia Nervosa: Evidence for Dietary Restraint and Affect Regulation Mechanisms", **Journal of Social and Clinical Psychology**, 15/3, 340-363.
- STICE, E., ORJADA, K., TRISTAN, J.: 2006 "Trial of Psychoeducational Eating Disturbance Intervention for College Women: A Replication and Extension", **International Journal of Eating Disorders**, 39, 233–239.
- STICE, E., PRESNELL, K., GAU, J., SHAW, H.: 2007 "Testing Mediators of Intervention Effects in Randomized Controlled Trials: An Evaluation of Two Eating Disorder Prevention Programs", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 75/1, 20.

STICE, E., ROHDE, P.,
GAU, J., SHAW, H.: 2011

"Effect of a Dissonance-Based Prevention Program on Risk for Eating Disorder Onset in the Context of Eating Disorder Risk Factors", **Prevention Science**, 13, 129–139.

STICE, E., SCHUPAK-
NEUBERG, E., SHAW,
H., STEIN, R.: 1994

"Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology: An Examination of Mediating Mechanisms", **Journal of Abnormal Psychology**, 103, 836-840.

STICE, E., SHAW, H.,
MARTI, C.N.: 2007

"A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings", **Annual Review of Clinical Psychology**, 3, 207–231.

STORMER, S.M.,
THOMPSON, J.E.: 1996

"Explanations of Body Image Disturbance: A Test of Maturation Status, Negative Verbal Commentary, Social Comparison, and Sociocultural Hypotheses", **International Journal of Eating Disorders**, 19, 193–202.

STORRIE, K., AHERN,
K., TUCKETT, A.: 2010

"A Systematic Review: Students with Mental Health Problems-A Growing Problem", **International Journal of Nursing Practice**, 16/1, 1–6.

STRIEGEL-MOORE,
R.H., BULIK, C.M.: 2007

"Risk Factors for Eating Disorders", **American Psychologist**, 62/3, 181.

SWANSON, S.A., CROW,
S.J., LE GRANGE, D.,
SWENDSEN, J.,
MERIKANGAS, K.R.:
2011

"Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement", **Archives of General Psychiatry**, 68/7, 714-723.

SWINBOURNE, J.,
HUNT, C., ABBOTT, M.,
RUSSELL, J., ST CLARE,
T., TOUYZ, S.: 2012

"The Comorbidity Between Eating Disorders and Anxiety Disorders: Prevalence in an Eating Disorder Sample and Anxiety Disorder Sample", **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 46/2, 118-131.

SYSKO R, GLASOFER DR, HILDEBRANDT T, KLIMEK P, MITCHELL, JE, BERG KC, PETERSON CB, WONDERLICH SA, WALSH BT.: 2015

"The Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders." **International Journal of Eating Disorders**, Jul; 48/5, 452-63.

TAHER, T.M.J.: 2019

"Association Between Eating Habits and Body Mass Index in a Sample of Medical College Students in Wasit University", **Indian Journal of Public Health Research & Development**, 10/6, 704-709.

TAI, M.M., CASTILLO, P., PI-SUNYER, F.X.: 1991

"Meal Size and Frequency: Effect on the Thermic Effect of Food", **The American Journal of Clinical Nutrition**, 54/5, 783-787.

TANOFSKY-KRAFF, M., THEIM, K.R., YANOVSKI, S.Z., BURNS, N.P., RANZENHOFER, L.M., YANOVSKI, J.A.: 2007

"Validation of the Emotional Eating Scale Adapted for Use in Children and Adolescents (EES-C)", **International Journal of Eating Disorders**, 40/3, 232-240.

TAVOLACCI, M.P., GRIGIONI, S., RICHARD, L., MEYRIGNAC, G., DÉCHELOTTE, P., LADNER, J.: 2015

"Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students", **Journal of Nutrition Education and Behavior**, 47/5, 412-420.

TAYLOR, C.B., BRYSON, S., LUCE, K.H., CUNNING, D., DOYLE, A.C., ABASCAL, L.B., ... WILFLEY, D.E.: 2006

"Prevention of Eating Disorders in at-Risk College-Age Women", **Archives of General Psychiatry**, 63/8, 881-888.

TCHANTURIA, K., DAVIES, H., ROBERTS, M., HARRISON, A., NAKAZATO, M., SCHMIDT, U., ... MORRIS, R.: 2012

"Poor Cognitive Flexibility in Eating Disorders: Examining the Evidence Using the Wisconsin Card Sorting Task", **PLoS ONE**, 7/1, E28331.

- TEASDALE, S.B.,
WARD, P.B.,
ROSENBAUM, S.,
SAMARAS, K., STUBBS,
B.: 2017
- "Solving a Weighty Problem: Systematic Review and Meta-Analysis of Nutrition Interventions in Severe Mental Illness", **The British Journal of Psychiatry**, 210/2, 110-118.
- TEKÖZEL, M.: 2007
- "Gerçekliği İnşa Etkinliği Olarak Sosyal Karşılaştırma: Sosyal Karşılaştırma Süreçlerinde Gerçekçi ve Kurgusal Karşılaştırma Enformasyonu Kullanma Eğilimlerinin İncelenmesi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- THALER, L., STEIGER, H.: 2017
- "Eating Disorders and Epigenetics", **Neuroepigenomics in Aging and Disease**, Springer, Cham., p. 93-103.
- THE WHO GLOBAL DATABASE ON BODY MASS INDEX: 2020
- "Global Database on Body Mass Index", (Çevrimiçi) <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>, 02 Şubat 2020.
- THOLIN, S.,
RASMUSSEN, F.,
TYNELIUS, P.,
KARLSSON, J.: 2005
- "Genetic and Environmental Influences on Eating Behavior: The Swedish Young Male Twins Study", **The American Journal of Clinical Nutrition**, 81/3, 564-569.
- THOLIN, S., LINDROOS, A., TYNELIUS, P.,
ÅKERSTEDT, T.,
STUNKARD, A.J.,
BULIK, C.M.,
RASMUSSEN, F.: 2009
- "Prevalence of Night Eating in Obese and Nonobese Twins", **Obesity**, 17/5, 1050-1055.
- THOMAS, J.J., LEE, S.,
BECKER, A.E.: 2016
- "Updates in the Epidemiology of Eating Disorders in Asia and the Pacific", **Curr Opin Psychiatry**, 29, 354–362.
- THOMPSON, J.: 2001
- "Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment", **American Psychological Association**.
- THOMPSON, J.E.,
COOVERT, M.D.,
STORMER, S.M.: 1999
- "Body Image, Social Comparison, and Eating Disturbance: A Covariance Structure Modeling Investigation", **International Journal of Eating Disorders**, 26, 43–51.

- THOMPSON, J.K., STICE, E.: 2001 "Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology", **Current Directions in Psychological Science**, 10/5, 181-183.
- THOMPSON, J.K.: 1990 "Body Image Disturbance: Assessment and Treatment", **Elmsford**, NY, Pergamon.
- TOKER, D.E., HOCAOĞLU, Ç.: 2009 "Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme", **Düşünen Adam**, 22/1-4, 36-42.
- TOKGÖZ, O.: 1984 "Kitle İletişim Araçlarının İstenilmeden Öğrenmede Rolü ve Önemi", **Eğitim ve Bilim**, 8/47.
- TOLMAN, E.C.: 1932 **Purposive Behavior in Animals and Men**. New York. Century.
- TRACE, S.E., BAKER, J.H., PEÑAS-LLEDÓ, E., BULIK, C.M.: 2013 "The Genetics of Eating Disorders", **Annual Review of Clinical Psychology**, 9, 589-620.
- TRACE, S.E., THORNTON, L.M., ROOT, T.L., MAZZEO, S.E., LICHTENSTEIN, P., PEDERSEN, N.L., BULIK, C.M.: 2011 "Effects of Reducing the Frequency and Duration of Criteria for Binge Eating on Lifetime Prevalence of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Implications for DSM-5", **International Journal of Eating Disorders**, 45, 531–536.
- TREASURE, J., TODD, G., BROLLY, M., TILLER, J., NEHMED, A., DENMAN, F.: 1995 "A Pilot Study of a Randomised Trial of Cognitive Analytical Therapy vs Educational Behavioral Therapy for Adult Anorexia Nervosa", **Behaviour Research and Therapy**, 33/4, 363-367.
- TREMBLAY, L., LOVSIN, T., ZECEVIC, C., LARIVIÈRE, M.: 2011 "Perceptions of Self in 3–5-Year-Old Children: A Preliminary Investigation into the Early Emergence of Body Dissatisfaction", **Body Image**, 8/3, 287-292.
- TRZESNIEWSKI, K.H., DONNELLAN, M.B., ROBINS, R.W.: 2013 "Development of Self-Esteem", **Self-Esteem**, (Ed. by. Virgil Zeigler Hill), London, Psychology Press, p. 59-79.

- TSITSIKA, A.K., TZAVELA, E.C., JANIKIAN, M., ÓLAFSSON, K., IORDACHE, A., SCHOENMAKERS, T.M., ... RICHARDSON, C.: 2014
"Online Social Networking in Adolescence: Patterns of Use in Six European Countries and Links with Psychosocial Functioning", **Journal of Adolescent Health**, 55/1, 141-147.
- TUREL, T., JAMESON, M., GITIMU, P., ROWLANDS, Z., MINCHER, J., POHLE-KRAUZA, R.: 2018
"Disordered Eating: Influence of Body Image, Sociocultural Attitudes, Appearance Anxiety and Depression-A Focus on College Males and a Gender Comparison", **Cogent Psychology**, 5/1, 1483062.
- TÜRNÜKLÜ, A.: 2000
"Eğitimbilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Bir Araştırma Tekniği: Görüşme", **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi**, 24/24, 543-559.
- TYLKA, T.L.: 2004
"The Relation Between Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology: An Analysis of Moderating Variables", **Journal of Counseling Psychology**, 51, 178-191.
- TYLKA, T.L.: 2011
"Refinement of the Tripartite Influence Model for Men: Dual Body Image Pathways to Body Change Behaviors", **Body Image**, 8/3, 199-207.
- TYLKA, T.L., KROON VAN DIEST, A.M.: 2013
"The Intuitive Eating Scale-2: Item Refinement and Psychometric Evaluation with College Women and Men", **Journal of Counseling Psychology**, 60/1, 137.
- TYLKA, T.L., SABIK, N.J.: 2010
"Integrating Social Comparison Theory and Self-Esteem Within Objectification Theory to Predict Women's Disordered Eating", **Sex Roles**, 63/1-2, 18-31.
- TYLKA, T.L., SUBICH, L.M.: 2002
"Exploring Young Women's Perceptions of the Effectiveness and Safety of Maladaptive Weight Control Techniques", **Journal of Counseling & Development**, 80, 101-110.

- TYRER, S., HEYMAN, B.: 2016 "Sampling in Epidemiological Research: Issues, Hazards and Pitfalls", **BJPsych Bulletin**, 40/2, 57-60.
- TYRKA, A.R., WALDRON, I., GRABER, J.A., BROOKS-GUNN, J.: 2002 "Prospective Predictors of the Onset of Anorexic and Bulimic Syndromes", **International Journal of Eating Disorders**, 32/3, 282-290.
- ULAŞ, B., UNCU, F., ÜNER, S.: 2013 "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler", **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2/2, 15-22.
- ULFVEBRAND, S., BIRGEĞÅRD, A., NORRING, C., HÖGDAHL, L., VON HAUSSWOLFFJUHLIN, Y.: 2015 "Psychiatric Comorbidity in Women and Men with Eating Disorders Results from a Large Clinical Database", **Psychiatry Res**, 230, 294–299.
- URBSZAT, D., HERMAN, C.P., POLIVY, J.: 2002 "Eat, Drink, and Be Merry, for Tomorrow We Diet: Effects of Anticipated Deprivation on Food Intake in Restrained and Unrestrained Eaters", **Journal of Abnormal Psychology**, 111/2, 396.
- UTSCHIG, A. C., PRESNELL, K., MADELEY, M. C., SMITS, J. A. J.: 2010 "An Investigation of the Relationship Between Fear of Negative Evaluation and Bulimic Psychopathology", **Eating Behaviors**, 11, 231–238.
- UZDİL, Z., ÖZENOĞLU, A., ÜNAL, G.: 2017 "Lise Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik ve Demografik Özellikleri ile İlişkisi", **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 7/1, 11-18.
- UZUN, O., GULEC, N., OZSAHİN, A., ARK.: 2006 "Screening Disordered Eating Attitudes and Eating Disorders in a Sample of Turkish Female College Students", **Compr Psychiatry**, 47, 123-126.

- ÜNLÜ, H.: 2011
"Okul Öncesi Dönem Çocuklar için Yeme Davranışı Değerlendirme Ölçeğinin Türk Çocuklarına Uyarlanması", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ÜNSAL, A., TOZUN, M., AYRANCI, Ü., ARSLANTAŞ, D.: 2010
"Türkiye'nin Batısındaki Bir İlçede Lise Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler", **Dirim Tıp Gazetesi**, 85/3, 100-112.
- ÜNÜR, E.: 2013
"Türk Televizyon Dizilerinde Toplumsal Kimliklerin Temsili", **Erciyes İletişim Dergisi**, 3/2, 32-42.
- VAN DEN BERG, P.A., MOND, J., EISENBERG, M., ACKARD, D., NEUMARK-SZTAINER, D.: 2010
"The Link Between Body Dissatisfaction and Self-Esteem in Adolescents: Similarities Across Gender, Age, Weight Status, Race/Ethnicity, and Socioeconomic Status", **Journal of Adolescent Health**, 47/3, 290-296.
- VAN DEN BERG, P., PAXTON, S.J., KEERY, H., WALL, M., GUO, J., NEUMARK-SZTAINER, D.: 2007
"Body Dissatisfaction and Body Comparison with Media Images in Males and Females", **Body Image**, 4/3, 257-268.
- AN DEN EYNDE, F., GUILLAUME, S., BROADBENT, H., STAHL, D., CAMPBELL, I.C., SCHMIDT, U., TCHANTURIA, K.: 2011
"Neurocognition in Bulimic Eating Disorders: A Systematic Review", **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 124/2, 120-140.
- VAN DIEST, A.M.K., PEREZ, M.: 2013
"Exploring the Integration of Thin-Ideal Internalization and Self-Objectification in the Prevention of Eating Disorders", **Body Image**, 10/1, 16-25.
- VAN SON, G.E., VAN HOEKEN, D., BARTELD, A.I., VAN FURTH, E.F., HOEK, H.W.: 2006
"Time Trends in the Incidence of Eating Disorders: A Primary Care Study in the Netherlands", **International Journal of Eating Disorders**, 39/7, 565-569.

- VAN STRIEN, T.,
FRIJTERS, J.E.,
BERGERS, G.P.,
DEFARES, P.B.: 1986
"The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior", **International Journal of Eating Disorders**, 5/2, 295-315.
- VANÇELİK, S., ÖNAL, S.G., GÜRAKSIN, A., BEYHUN, E.: 2007
"Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları ile ilişkili Faktörler", **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, 6/4, 242-248.
- VANDERDEYCKEN, W.,
VANDERLINDEN, J.: 1983
"Denial of Illness and the Use of Self-Reporting Measures in Anorexia Nervosa Patients", **International Journal of Eating Disorders**, 2/4, 101-107.
- VANDEREYCKEN, W.: 2006
"Denial of Illness in Anorexia Nervosa—A Conceptual Review: Part 1 Diagnostic Significance and Assessment", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 14/5, 341-351.
- VANDEREYCKEN, W.,
VAN HUMBEECK, I.: 2008
"Denial and Concealment of Eating Disorders: A Retrospective Survey", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, 16/2, 109-114.
- VARDAR, E.,
ERZENGIN, M.: 2011
"Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 22/4, 205-212.
- VARLIK ÖZSOY, E.: 2017
"Yeme Bozukluklarında Kişilik Özellikleri", **International Journal of Social Sciences and Education Research**, 3/1, 255-266.
- VARTANIAN, L.R., DEY, S.: 2013
"Self-Concept Clarity, Thin-Ideal Internalization, and Appearance-Related Social Comparison as Predictors of Body Dissatisfaction", **Body Image**, 10/4, 495-500.
- VITOUSEK, K.B., DALY, J., HEISER, C.: 1991
"Reconstructing the Internal World of the Eating-Disordered Individual: Overcoming Denial and Distortion in Self-Report", **International Journal of Eating Disorders**, 10/6, 647-666.

- VITOUSEK, K.,
WATSON, S., WILSON,
G.T.: 1998
- "Enhancing Motivation for Change in Treatment-Resistant Eating Disorders", **Clinical Psychology Review**, 18/4, 391-420.
- VOCKS, S., TUSCHEN-CAFFIER, B.,
PIETROWSKY, R.,
RUSTENBACH, S.J.,
KERSTING, A.,
HERPERTZ, S.: 2010
- "Meta-Analysis of the Effectiveness of Psychological and Pharmacological Treatments for Binge Eating Disorder", **International Journal of Eating Disorders**, 43, 205–217.
- VOLPE, U.,
VENTRIGLIO, A.,
BELLOMO, A.,
KADHUM, M., LEWIS,
T., MOLODYSKI, A., ...
FIORILLO, A.: 2019
- "Mental Health and Wellbeing Among Italian Medical Students: A Descriptive Study", **International Review of Psychiatry**, 31/7-8, 569-573.
- VON BOTHMER, M.I.K.,
FRIDLUND, B.: 2005
- "Gender Differences in Health Habits and in Motivation for a Healthy Lifestyle Among Swedish University Students", **Nursing and Health Sciences**, 7/2, 107–118.
- WADE, T.D., BERGIN,
J.L., TIGGEMANN, M.,
BULIK, C. M.,
FAIRBURN, C.G.: 2006
- "Prevalence and Long-Term Course of Lifetime Eating Disorders in an Adult Australian Twin Cohort", **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 40, 121–128.
- WADE, T.D., WILKSCH,
S.M., LEE, C.: 2012
- "A Longitudinal Investigation of the Impact of Disordered Eating on Young Women's Quality of Life", **Health Psychology**, 31/3, 352.
- WALSH, B.T., ATTIA, E.,
GLASOFER, D.R.,
SYSKO, R.: 2015
- "Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders", (Ed. by. Walsh, B.T., Attia, E., Glasofer, D.R., Sysko, R.), Ibooks.
- WALSH, B.T., ATTIA, E.,
SYSKO, R.: 2015
- "Classification of Eating Disorders" **Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders**, (Ed. by. B Timothy Walsh, B.T., M.D., Attia, E., Glasofer, D.R., Sysko, R.), American Psychiatric Pub.
- WARDLE, J., GUTHRIE,
C.A., SANDERSON, S.,
RAPOPORT, L.: 2001
- "Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire", **J Child Psychol Psychiatry**, 42, 963-970.

- WELLS, J.E., OAKLEY BROWNE, M.A., SCOTT, K. M., MCGEE, M.A., BAXTER, J., KOKAUA, J.: 2006 "Prevalence, Interference with Life and Severity of 12 Month DSM-IV Disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey", **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 40/10, 845-854.
- WENTZ, E., BJÖRK, A., DAHLGREN, J.: 2019 "Is There an Overlap Between Eating Disorders and Neurodevelopmental Disorders in Children with Obesity?", **Nutrients**, 11/10, 2496.
- WHO: 2018a "Healthy Diet", (Çevrimiçi) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, 3 Şubat 2020.
- WHO: 2018b "Malnutrition", (Çevrimiçi) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>, 3 Eylül 2019.
- WHO: 2020 Body mass index – BMI. (Çevrimiçi) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>, 20 Ocak 2020.
- WIKIPEDIA: 2013 Sosyal Medya, **Vikipedi Özgür Ansiklopedi**, (Çevrimiçi) https://tr.wikipedia.org/wiki/sosyal_medya, 3 Şubat 2020
- WILFLEY, D.E., WELCH, R.R., STEIN, R.I., SPURRELL, E.B., COHEN, L.R., SAELENS, B.E., ... MATT, G.E.: 2002 "A Randomized Comparison of Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Treatment of Overweight Individuals with Binge-Eating Disorder", **Archives of General Psychiatry**, 59/8, 713-721.
- WILLIAMS, P., TARNOPOLSKY, A., HAND, D.: 1980 "Case Definition and Case Identification in Psychiatric Epidemiology: Review and Assessment", **Psychological Medicine**, 10, 101–114.
- WILSON, G.T.: 2002 "The Controversy Over Dieting", **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**, (Ed. by. C.G. Fairburn, K.D. Brownell, (2nd Edition), New York: Guilford Press., p. 93-97.

- WILSON, G.T.,
WILFLEY, D.E., AGRAS,
W.S., BRYSON, S.W.:
2010
"Psychological Treatments of Binge Eating Disorder", **Archives of General Psychiatry**, 67/1, 94-101.
- WOELDERS, L.C.,
LARSEN, J.K.,
SCHOLTE, R.H.,
CILLESSEN, A.H.,
ENGELS, R.C.: 2010
"Friendship Group Influences on Body Dissatisfaction and Dieting Among Adolescent Girls: A Prospective Study", **Journal of Adolescent Health**, 47/5, 456-462.
- WONDERLICH, S.A.,
GORDON, K.H.,
MITCHELL, J.E.,
CROSBY, R.D., ENGEL,
S.G.: 2009
"The Validity and Clinical Utility of Binge Eating Disorder", **International Journal of Eating Disorders**, 42/8, 687-705.
- WONG, J.G., CHEUNG,
E.P., CHAN, K.K., MA,
K.K., WA TANG, S.: 2006
"Web-Based Survey of Depression, Anxiety and Stress in First-Year Tertiary Education Students in Hong Kong", **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 40/9, 777-782.
- WOO, T., LEE, H.J., LEE,
K., LEE, S.M., LEE, K.H.:
2016
"Gender Differences in Adolescents' Dietary Perceptions and Practices", **Korean Journal of Community Nutrition**, 21/2, 165-177.
- YAGER, J., DEVLIN,
C.M.J., HALMI, K.A.,
HERZOG, D.B.,
MITCHELL III, J.E.,
POWERS, P., ZERBE,
K.J.: 2006
"Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders Third Edition", **American Psychiatric Association**, (Çevirimiçi)
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
, 16 Ocak 2020.
- YAĞCI, M.İ., İLARSLAN,
N.: 2011
"Reklamların ve Cinsiyet Kimliği Rolünün Tüketicilerin Satın Alma Davranışları Üzerindeki Etkisi", **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 11/1, 138-155.
- YAHIA, N., WANG, D.,
RAPLEY, M., DEY, R.:
2016
"Assessment of Weight Status, Dietary Habits and Beliefs, Physical Activity, and Nutritional Knowledge Among University Students", **Perspectives in Public Health**, 136/4, 231-244.

- YILDIRIM, İ., YILDIRIM, Y., TORTOP, Y., POYRAZ, A.: 2011 "Afyon Kocatepe Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler", **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, 8/1, 1375-1391.
- YILMAZ, R., ESMERAY, H., ERKORKMAZ, Ü.: 2011 "Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe Uyarlama Çalışması", **Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 12/4, 287-294.
- YILDIRIM, A., ŞİMŞEK, H.: 2008 **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, Ankara, Seçkin Yayınevi, 88-89.
- YILMAZ, Z., HALVORSEN, M., BRYOIS, J., YU, D., THORNTON, L. M., ZERWAS, S., ... ERDMAN, L.: 2018 "Examination of the Shared Genetic Basis of Anorexia Nervosa and Obsessive-Compulsive Disorder", **Molecular Psychiatry**, 1.
- YUM, S. Y., CARACCI, G., HWANG, M. Y.: 2009 "Schizophrenia And Eating Disorders". **Psychiatric Clinics**, 32/4, 809-819.
- YÜCEL, B., POLAT, A., IKİZ, T., DUSGOR, B. P., ELİF YAVUZ, A., SERTEL BERK, O.: 2011 "The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents", **European Eating Disorders Review**, 19/6, 509-511.
- YÜCEL, B.: 2009 "Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları". **Klinik Gelişim**. 22/4. 39-44.
- YÜCEL, B.: 2013a "Anoreksiya Nervozada Yataklı Servis Tedavisi", **Yeme Bozuklukları ve Obezite. Tanı ve Tedavi Kitabı**, (Ed. by. Yücel, B., Akdemir A., Gürdal-Küey, A., Maner, F., Vardar, E.), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimi Dizisi 15, s. 149-158.
- YÜCEL, B.: 2013b "Yeme Bozukluğunda Tıbbi Komplikasyonlar", **Yeme Bozuklukları ve Obezite. Tanı ve Tedavi Kitabı**, (Ed. by. Yücel B., Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F., Vardar, E.), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi 15, s. 109-119.

ZACHRISSON, H.D.,
VEDUL-KJELSÅS, E.,
GÖTESTAM, K.G.,
MYKLETUN, A.: 2008

"Time Trends in Obesity and Eating Disorders",
International Journal of Eating Disorders, 41/8,
673–680.

ZHAO, Y., ENCINOSA,
W.: 2009

"Hospitalizations for Eating Disorders from 1999
to 2006." HCUP Statistical Brief #70, **Agency for
Healthcare Research and Quality, Rockville,
MD.**, (Çevrimiçi) [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
books/nbk53970](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk53970), 27 Ocak 2020.



EKLER

Ek 1: Etik Onay

Tarih ve Sayı: 16/11/2017-287587



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Ezgi DEVECİ

Sayın Ezgi DEVECİ

İlgi :31/10/2017 tarihli, 128206 sayılı yazı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz 2017/153 dosya numaralı "Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığının Psikososyokültürel Yordayıcıları: İstanbul Örneklemi" konu başlıklı çalışma Kurulumuzun 06.11.2017 tarih 09 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup,karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

EK :
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul Kararı

15/11/2017 B.İşl. : V.İNCİ
15/11/2017 B.İşl. : S.ARIK

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE8RA7R7R>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Vildan İNCİ Dahili : 10696

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 1. Aşama

T.C. İstanbul Üniversitesi
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı doktora öğrencisi Ezgi Deveci tarafından Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'in danışmanlığında yürütülen "Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığının Psikososyokültürel Yordayıcıları: İstanbul Örnekleme" başlıklı tez çalışmasına davet ediyoruz. Bu araştırma İstanbul'da farklı üniversitelerde eğitim görmekte olan ve rastgele seçilen öğrenciler ile yeme bozukluklarının etiyolojisinde yer alan psikososyokültürel faktörlerin araştırılması ve yeme bozukluklarının görülme sıklığının belirlenmesi olarak iki temel amaçtan oluşmaktadır. Araştırmanın birinci amacının gerçekleştirilebilmesi için sizden tahminen 35 dakika ayırmanız istenmektedir ve sizin dışınızda tahminen 1999 kişi katılacaktır. Araştırmanın ikinci amacının gerçekleştirilebilmesi için ise katılımcılar arasından rastgele 290 kişi seçilecek ve yüz yüze görüşmeye çağrılacaktır. Bu nedenle demografik soru formunda sizden iletişim bilgileriniz istenecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ezgideveci@yandex.com e-posta adresi ve 05363225865 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Ezgi Deveci

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 2. Aşama

T.C. İstanbul Üniversitesi
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı doktora öğrencisi Ezgi Deveci tarafından Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'in danışmanlığında yürütülen “Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığının Psikososyokültürel Yordayıcıları: İstanbul Örnekleme” başlıklı tez çalışmasının ikinci aşamasına davet ediyoruz. Araştırmanın bu aşamasında sizinle yaklaşık 30 dakika sürecek bir görüşme yapılacaktır. Bu görüşmede yeme ile ilgili tutum ve davranışlarınız daha detaylı ele alınacaktır. Araştırmanın bu bölümüne sizin dışınızda tahminen 289 kişinin katılması beklenmektedir. Size tekrar ulaşabilmek için çalışmanın birinci aşamasında almış olduğumuz kimlik ve iletişim bilgileriniz hiçbir suretle hiç kimse ile paylaşılmayacak ve görüşmede elde edilen tüm kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ezgideveci@yandex.com e-posta adresi ve 05363225865 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Sahidin:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Ek 4: Birinci Amaç Demografik Form

1. Ad-soyad:
2. Doğum yeri ve tarihi (gün/ay/yıl):;/...../.....
3. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
4. E-posta adresiniz:
5. Yaşanılan Yer:
6. Hangi üniversitede ve bölümde okuyorsunuz?: /
7. Boy (cm): cm
8. Kilo (kg): Kg
9. Eğer kilonuzdan memnun değilseniz olmak istediğiniz kilo (kg): Kg
10. Size göre şu anki kilonuzun boyunuza oranı aşağıdaki seçeneklerden hangisine uygundur?
1) Aşırı zayıfım 2) Zayıfım 3) Normalim 4) Kiloluyum 5) Aşırı Kilolu/Obezim
11. Çalışıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
12. Meslek:
13. Şu anki öğrenim durumu
1) Hazırlık sınıfı öğrencisi 2) Üniversite 1. Sınıf öğrencisi
3) Diğer (lütfen açıklayınız):
14. Medeni Durum: 1)Evli 2)Bekar
15. Çocuğunuz var mı? 1)Evet, 2)Hayır
16. Çevrenizle karşılaştırdığınızda ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz?
1) Alt 2) Alt-orta 3) Orta 4) Üst-orta 5) Üst
17. 1 ayda hanenize giren toplam geliri TL cinsinden yazınız: TL
18. Hanenizde kaç kişi yaşıyorsunuz? kişi
19. Tanısı konmuş tıbbi bir hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
20. Evetse; Hangi hastalık?..... Ne kadar süredir? ay.
21. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
Varsa belirtiniz:..... Ne kadar süredir?..... ay.
22. Daha önce psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü? 1) Evet 2) Hayır
Evetse; Ne kadar süre? Hangi ilacı kullandınız?
23. Şu an herhangi bir tedavi görüyor musunuz (fiziksel ve psikiyatrik tedavi dahil)?
1) Evet 2) Hayır
Görüyorsanız belirtiniz:
24. Şu an herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz (fiziksel ve psikiyatrik ilaçlar dahil)?
1) Evet 2) Hayır
Kullanıyorsanız belirtiniz:/ süredir
25. Adet düzeniniz nasıl (kadınlar için)?
1) yıldır menapozdayım 2) Düzenli
3) Düzensiz 4) Menapozda değilim ama süredir olmuyorum.

26. **Sigara kullanıyor musunuz? (süreyi ay olarak belirtiniz)**
1) Evet, ...süredir; 1 günde.....adet/.....paket 2) Hayır
27. **Alkol kullanıyor musunuz? (süreyi ay olarak belirtiniz)**
1) Evet, ...süredir; 1 ayda.....kutu/şişe 2) Hayır
28. **Şu anda uzman kontrolünde diyet ya da spor yapıyor musunuz? Ne kadar süredir?**
1) Evet,.....süredir 2) Hayır
29. **Şu an zayıflamak için hangi yöntemi kullanıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
1) Zayıflamaya çalışmıyorum.
2) Diyet, ... süredir, ...kilo verdim.
3) Spor, ...süredir, ...kilo verdim.
4) Akupunktur, ...süredir, ...kilo verdim.
5) Zayıflama ilacı, ...süredir, ...kilo verdim.
6) Diğer.....
30. **Kilo verme amacınız nedir?**
1) Sağlık problemlerinden kurtulmak
2) Güzel/Fit görünmek
3) Kilomdan memnunum. Kilo vermek istemiyorum
4) Diğer.....
29. **Herhangi bir sosyal medya sitesine üyeliğiniz var mı?**
1) Evet 2) Hayır
30. **En sık kullandığınız sosyal medya hesabı hangisidir?**
1) Facebook 2) Instagram
3) Twitter 4) Snapchat
5) Whatsapp grupları 6) Diğer
31. **İnstagram ya da facebook hesabınızdan beden görünümü ile ilgili takip ettiğiniz kaç hesap vardır (örneğin fitness salonu hesabı, manken hesapları, diyet hesapları vb.)?**
1) Instagram/facebook hesabım yok 2) Hesabım var ama bu tür hesap takip etmiyorum.
3) 1-5 arası 4) 5-10 arası
5) 10'dan fazla
32. **Sosyal medya sitelerinde bir gün içinde toplam kaç saat süre harcarsınız?**
33. **Aşağıda yer alan özgüveniniz ile ilgili soruda size uygun olan boşluğa işaret koyunuz.**

Soru: Özgüvenim yüksektir.

1	2	3	4	5

**Benim için
doğru değil**

**Benim için çok
doğru**

Ek 5: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

YÖNERGE : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiç-birinde	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Her gün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. işinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular : Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yeddiğiniz sırada) ?	
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?	
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?	

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıkmırcasına yeme" teriminin mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (<u>Tıkmırcasına yeme durumlarını saymayınız.</u>)	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (<u>Tıkmırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.</u>)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (<u>Tıkmırcasına yeme durumlarını saymayınız.</u>)	Hiç	Biraz		Orta		Önemli ölçüde	
		0	1	2	3	4	5	6

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz		Orta	Önemli ölçüde		
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar tizerdi?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

Ek 6: Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi

AÇIKLAMA:

Bu araç sizin beden bölgelerinizden ve özelliklerinde hoşnut olup olmadığınızı ve ne derece hoşnut olduğunuzu belirlemeyi amaçlamaktadır. Sıra ile belirtilen beden bölgelerinizden *çok hoşnut iseniz* “son derece hoşnutum”, *hoşnut iseniz* “oldukça hoşnutum”, söz konusu beden bölgenizden hoşnut olup olmama konusunda *bir fikriniz yok ise* “kararsızım”, *hoşnut değilseniz* “pek hoşnut değilim”, *hiç hoşnut değilseniz* “hiç hoşnut değilim” seçeneğinin altındaki boşluğu işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmamaya çalışınız.

AÇIKLAMALAR:

Beden Oranları: Bir insanın bedeninde gövde, kol, bacak ve ayakların birbiri ile oranları.

Beden Duruşu: Bir insanın boyunu belli edecek genel görünümü, endam. Dik ya da eğik, kambur vb. duruşlarla ilgilidir.

	Son Derece Hoşnutum (5)	Oldukça Hoşnutum (4)	Kararsızım (3)	Pek Hoşnut Değilim (2)	Hiç Hoşnut Değilim (1)
<u>BEDENİN GENEL GÖRÜNÜMÜ</u>					
Beden Oranları	()	()	()	()	()
Bedenin Duruşu	()	()	()	()	()
Spor Yeteneği	()	()	()	()	()
Ten Rengi	()	()	()	()	()
Kas Gücü	()	()	()	()	()
Boy	()	()	()	()	()
Kilo	()	()	()	()	()
<u>YÜZ</u>					
Yüz Güzelliği	()	()	()	()	()
Saçlar	()	()	()	()	()
Gözler	()	()	()	()	()
Kulaklar	()	()	()	()	()
Burun	()	()	()	()	()
Ağız	()	()	()	()	()
Dişler	()	()	()	()	()
Ses	()	()	()	()	()
Çene	()	()	()	()	()
Yüzdeki kıl miktarı (E)	()	()	()	()	()
<u>BEDEN ÜYELERİ</u>					
Omuzlar	()	()	()	()	()
Kollar	()	()	()	()	()
Eller	()	()	()	()	()
Ayaklar	()	()	()	()	()
<u>GÖVDE</u>					
Karın	()	()	()	()	()
Kalçalar	()	()	()	()	()
Bacak ve Bilekler	()	()	()	()	()
Göğüsler ve Üst Bölge	()	()	()	()	()
Cinsel Organ	()	()	()	()	()

Ek 7: Fiziksel Görünüme Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği

Yönerge: Lütfen aşağıda cümleleri okuduktan sonra altta yer alan sıfatlara sizin için en uygun olan puanı veriniz.

Kendimi iş arkadaşlarım, arkadaşlarım veya tanıdığım diğer hemcinslerimle fiziksel olarak karşılaştırdığımda aşağıdaki gibi hissederim:

Daha aşağı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha üstün
İtici	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha çekici
Arzu edilmeyen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha çok arzu edilen
Çirkin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Güzel
Dışlanmış	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kabul görmüş
Değersiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Değerli
Daha az popüler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha popüler
Daha az zarif	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha zarif

Kendimi modeller, sanatçılar veya diğer ünlülerle fiziksel olarak karşılaştırdığımda aşağıdaki gibi hissederim:

Daha aşağı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha üstün
İtici	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha çekici
Arzu edilmeyen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha çok arzu edilen
Kendine güvensiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kendine daha güvenli
Çirkin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Güzel
Dışlanmış	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kabul görmüş
Değersiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Değerli
Görmezden gelinen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Hayranlık duyulan
Daha az popüler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha popüler
Daha az zarif	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Daha zarif
Küçümsenmiş	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	İmrenilmiş

Ek 8: Geri Bildirim Formu - Tanı Konulan Katılımcılar için

**T.C. İstanbul Üniversitesi
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**

GERİ BİLDİRİM FORMU

Sayın katılımcı, birinci uygulama için doldurmuş olduğunuz ölçüm araçlarında bize verdiğiniz bilgiler beden görünümünüz ve kilonuz ile ilgili endişeleriniz olduğunu ve yeme düzeninizde bazı bozulmalar oluştuğunu göstermiştir. Bugün katılmış olduğunuz çalışma ile de sizi endişelendiren bu değişimlerin yeme bozukluğu olup olmadığı araştırılmıştır.

Yapılan klinik tarama sonucunda yaşamış olduğunuz yeme düzeninizdeki bu bozulmalara YB belirtilerinin eşlik ettiği düşünülmüştür. Yeme düzeninizdeki sağlıklı yeme alışkanlıklarınızı bir uzmanla değerlendirerek, vücudunuz için dengeli bir beslenme düzeni ve egzersiz ile daha sağlıklı bir bedene sahip olmanız mümkün olacaktır. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, kilo alma/şişmanlama korkusunun yoğun şekilde yaşanması ve beden şekline yönelik hissedilen kaygı günlük yaşamdaki işlevinizi etkileyebilmekte ve fiziksel ve psikolojik sağlığınıza etki edebilmektedir. Bu nedenle yaşamış olduğunuz sorunun tam tespiti ve tedavisi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Yeme Bozukluğu birimine başvurmanızı öneririz.

Ek 9: Geri Bildirim Formu - Tanı Konulan Katılımcılar için

**T.C. İstanbul Üniversitesi
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**

GERİ BİLDİRİM FORMU

Sayın katılımcı, birinci uygulama için doldurmuş olduğunuz ölçüm araçlarında bize verdiğiniz bilgiler beden görünümünüz ve kilonuz ile ilgili endişeleriniz olduğunu ve yeme düzeninizde bazı bozulmalar oluştuğunu göstermiştir. Bugün katılmış olduğunuz çalışma ile de sizi endişelendiren bu değişimlerin yeme bozukluğu olup olmadığı araştırılmıştır.

Yapılan klinik tarama sonucunda yeme bozukluğunuz olmadığı belirlenmiştir ancak yeme düzeninizdeki sağlıklı yeme alışkanlıklarınızı bir uzmanla birlikte değerlendirerek, vücudunuz için dengeli bir beslenme düzeni ve egzersiz ile daha sağlıklı bir bedene sahip olmanız mümkün olabilir. Eğer 3 ay sonra hala beden, kilo ve yeme düzeninizle ilgili kaygılarınız devam ederse bu araştırmanın yürütücüsüne, tez danışmanına, yardımcı danışmanına veya bu konuda bir uzmana başvurmanızı öneririz.

İletişim bilgileri aşağıda yer almaktadır:

Araştırma Yürütücüsü: Ezgi Deveci
E-mail: ezgideveci@yandex.com

Tez Danışmanı: Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk
E-mail: osberk@istanbul.edu.tr

Yardımcı Danışman: Prof. Dr. Başak Yücel
E-mail: basakyucel@gmail.com

ÖZGEÇMİŞ

EZGİ DEVECİ
Işık Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü AMF227
Şile-İstanbul
ezgi.deveci@isikun.edu.tr

Doğum Tarihi : 08.02.1987

Doğum Yeri : İstanbul

Unvan : Öğretim Görevlisi / Uzman Psikolog

Eğitim Bilgileri

- Doktora (2020-2013), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji ABD
- Yüksek Lisans (2013-2010), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji ABD (Tez Adı: Obezite Cerrahisi (Bariatrik) Adayı Olan ve Olmayan Obez Bireylerde Psikopatoloji, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk, Tedavi Motivasyonu ve Yeme Özelliklerinin Değerlendirilmesi)
- Yan Dal Programı (2008-2010), İstanbul Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Uluslararası İlişkiler Bölümü
- Lisans (2009-2005), İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Akademik Ünvanlar

- Araştırma Görevlisi, Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümü, 2012-2016
- Öğretim Görevlisi, Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümü, 2016-halen devam ediyor.

Yabancı Diller

İngilizce, İleri Derece

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

- Tek, F. B., Benli, K. S., & Deveci, E. (2018). Implicit theories and self-efficacy in an introductory programming course. *IEEE Transactions on Education*, 61(3), 218-225.
- Yücel, B., Aslantas Ertekin, B., Oglagu, Z., Sertel Berk, Ö., Deveci, E., Kahraman, F., ve diğer. (2011). Socio-demographic and Clinical Characteristics of Eating Disorder Patients in a University Hospital in Istanbul. *Eating Weight Disorders Journal*, 16 (4), 274-269 (SCI)

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan bildiri özetleri (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

- Deveci, E., Yücel, B., Sertel-Berk, H.O., Barbaros, U., Türker, F. (2014). A Critical Question for Bariatric Surgery Candidates: Why Do You Think You Need Surgery and Are You Ready for Change? Conference: 19th World Congress of the International-Federation-for-the-Surgery-of-Obesity-and-Metabolic-Disorders (IFSO) Location: Montreal, CANADA Date: AUG 26-30. OBESITY SURGERY Volume: 24 Issue: 8 Pages: 1137-1137 Meeting Abstract: O.004 (SCI).

- **Deveci, E.,** Yücel, B., Sertel-Berk, H.O., Barbaros, U., Türker, F. (2014). A Health Status and Quality Of Life Assessments Among Morbid and Super Morbid Obese Patients Seeking Bariatric Surgery. Conference: 19th World Congress of the International-Federation-for-the-Surgery-of-Obesity-and-Metabolic-Disorders (IFSO) Location: Montreal, CANADA Date: AUG 26-30. OBESITY SURGERY Volume: 24 Issue: 8 Pages: 1137-1137 Meeting Abstract: P.006 (SCI).
- **Deveci, E.,** Tekeş, B. (2014). Weight as a Predictor of Perceived Discrimination. Conference: 19th World Congress of the International-Federation-for-the-Surgery-of-Obesity-and-Metabolic-Disorders (IFSO) Location: Montreal, CANADA Date: AUG 26-30. OBESITY SURGERY Volume: 24 Issue: 8 Pages: 1137-1137 Meeting Abstract: P.007 (SCI).
- **Deveci, E.,** Yücel, B., Sertel-Berk, Ö. (2013). Abstracts of 2013 IFSO-APC Meeting (A Descriptive Study on the Psychosocial Characteristics of Morbid Obese-Bariatric Surgery Candidates in Comparison with a Non-Morbid Obese Group). Obesity Surgery, 23, (6), 1146 (SCI).

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler

- **Deveci, E.,** İnce, B., (2019). “The Associations Between Eating Attitudes, Sociocultural Attitudes Towards Appearance, and Self-Esteem Among Turkish Women” *ECP 2019. European Congress of Psychology (ECP 2019’da sunulmuş sözlü bildiri)*, Temmuz 2-5, Moscova, Rusya.
- **Deveci, E.,** Sevgili, F., (2017). How Do University Students Perceive Fat People by Stereotype Content Model?” *EFPA 15. European Congress of Psychology (ECP 2017’de sunulmuş sözlü bildiri: TS96.5)*, Temmuz 11-14, Amsterdam, Hollanda.
- Kılıç, B., **Deveci, E.,** (2017). The Relation Between Childhood Traumas and Suicide Ideas, Self-Harming Behaviours and Dissociative Experiences Among Clinical and Nonclinical Samples. EFPA 15. European Congress of Psychology (ECP 2017)’de sunulmuş poster bildiri: P8.2.22), Temmuz 11-14, Amsterdam, Hollanda.
- Yücel, B., Sertel-Berk, H.Ö., **Deveci, E.,** İnce, B., (2017). Changes in the Clinical Characteristics of Eating Disorders: A Cross-Sectional Comparative Study across Turkish Eating Disorder Patients from Two Distinct Time Frames. International Conference On Eating Disorders (ICED 2017)’de sunulmuş poster bildiri: F103), Haziran 8-10, Prag, Çek Cumhuriyeti.
- Sertel-Berk, H.Ö., Yücel, B., İnce, B., **Deveci, E.** (2017). An Investigation of Demographic and Clinical Characteristics of Turkish Eating Disorders Patients. International Conference On Eating Disorders (ICED 2017)’da sunulmuş poster bildiri: F104), Haziran 8-10, Prag, Çek Cumhuriyeti.
- Yücel, B., Sertel-Berk, O., **Deveci, E.** (2015). Psychiatric Diagnoses and Clinical Features in a Group of Turkish Bariatric Surgery Candidates: Are There Any Differences Between Men and Women? *International Conference On Eating Disorders (ICED 2015)’de sunulmuş poster bildiri (T14)*, 23-25 Nisan, Boston, Massachusetts USA.
- **Deveci, E.,** Yücel, B., Sertel-Berk, Ö. (2014). Depression Predicts Body Dissatisfaction among Bariatric Surgery Candidates. *28th International Congress of Applied Psychology’de sunulmuş sözlü bildiri*, 8-13 Temmuz, Paris, Fransa.
- Yücel, B., Aslantas Ertekin, B., Cagatay, Z., **Deveci, E.,** Ersoy, M., Kahraman, F., ve diğer. (2010). Socio-demographic and Clinical Features of Turkish Eating Disorder Patients Applied to a Psychiatry Clinic at a University Hospital. *AED International Conference on Eating Disorders’da sunulmuş poster*, 10-12 Haziran 2010, Salzburg, Avusturya.
- Cesur, S., Altınal, B.E., Aygül, Z., **Deveci, E.,** Kahraman, F., Turgut, İ., ve diğer. (2009). Moral Conflict Understanding of a Sample From Turkey. *35th. Conference of Association Moral Education’da sunulmuş poster*, 2-4 Temmuz 2009, Utrecht Üniversitesi, Hollanda.
- **Deveci, E.,** Kahraman, F. ve Turgut, İ. (2009). The Change in The Frequency and Variety of Verbs Defining the Cognitive Processes in terms of Age. *23rd European Federation of Psychology Students’ Association Congress’de sunulmuş poster*, 26 Nisan-3 Mayıs 2009, Altleiningen, Almanya.

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- Coşkun, E., **Deveci, E.**, & Başak, İ. (2020). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun Obezite Cerrahisi Tedavi Sürecine Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 409-420.
- Okumuş, F. E. E., & **Deveci, E.** (2019). Yeme Bozukluklarında Grup Psikoterapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 338-350.
- Okumuş, F. E. E., Baykal, N. B., **Deveci, E.**, & Karaköse, S. (2018). Yeme Bozukluğu Vakalarında Hastalık Yaşantısı ve Grup Süreci: Nitel Bir Çalışma. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4), 307-318.
- Berk, H. Ö. S., Yücel, B., & **Deveci, E.** (2016). Ergenlik Döneminde Obezite; Bilişsel Davranışçı Kuramlar ve Motivasyon Kuramları Açısından Karşılaştırmalı Bir İnceleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychology-Special Topics*, 1(2), 50-58.
- Cesur, S., Kahraman, F., Turgut, İ., **Deveci, E.**, Altınal, B.E., Aygül, Z., ve diğer. (2010). Yaşanan Ahlaki Çatışma Örnekleri Üzerinden Türkiye'de Gündelik Ahlak Anlayışı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 33 (9), 348-366.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- **Deveci, E.**, Sertel-Berk, H.Ö., Yücel, B. (2019). DSM-5 için Yarı Yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Görüşme Formu (EDA-5) Türkçe Uyarlaması: Pilot Çalışma Bulguları. IX. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumunda sunulmuş poster bildiri. 24 - 26 Mayıs, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gazimağusa, KKTC
- **Deveci, E.** & İnce, B. (2018). Bilişsel Davranışçı Terapiye Yönelik Olumsuz Tutumlar Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Sınanmasına Yönelik Pilot Çalışma. 20. Ulusal Psikoloji Kongresi, Sözlü bildiri (838): 15-17 Kasım, TED Üniversitesi, Ankara.
- **Deveci, E.**, Sertel-Berk, H.Ö., Yücel, B. (2017). Fiziksel Görünüme Dayalı Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (FGDSKÖ): Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 2. *İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi*, Sözlü Bildiri: 23-26 Kasım, Silence Hotel/Ataşehir, İstanbul, Türkiye.
- **Deveci, E.**, Aydın, D., Benli, K.S., Tek, F.B. (2017). Programlamaya Giriş Dersi Öğrencilerinin Öz Yeterlilik Algılarının ve Derse Yönelik Tutumlarının Cinsiyet ve Eğitim Diline Göre İncelenmesi. 17. Uluslararası Bilgisayar Bilimleri ve Mühendisliği Konferansı, Sözlü bildiri: 313, (IEEE.org IEEE Xplore Digital Library'de tam metin yayınlanmıştır), 5-8 Ekim, Antalya, Türkiye.
- **7.6.5. Deveci, E.**, Sertel Berk, H.O., Yücel, B. (2014). Obezite Cerrahisi Adaylarında Yeme Bozukluğu Semptomları, Benlik Saygısı ve Depresyon Arasındaki İlişki. 18. *Ulusal Psikoloji Kongresi'nde sunulmuş sözlü bildiri*, 9-12 Nisan 2014, Bursa Merinos Atatürk Kongre Kültür Merkezi, Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümü ve Türk Psikologlar Derneği Bursa Şubesi.
- **Deveci, E.**, Sertel Berk, H.O., Ergüney, E. (2012). Obezite Değişim Evreleri Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 15. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sunulmuş poster*, 2-6 Ekim 2012, Prof. Dr. M. Mete Cengiz Kültür Merkezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
- Ergüney, F.E., **Deveci, E.**, Aktaş, A., Asaroğlu, A., Duruk, B. ve Ömerbaşoğlu, S. (2011). Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Bireylerde Psikopatolojik Semptomların Değerlendirilmesi. V. *Lisansüstü Psikoloji Öğrencileri Kongresi'nde sunulmuş poster*, 14-18 Eylül 2011, Doğu Üniversitesi, İstanbul.
- Altınal, B.E., Aygül, Z., Cesur, S., **Deveci, E.**, Kahraman, F., Turgut, İ., ve diğer. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Ahlaki Çatışma Deneyimleri. XIV. *Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi'nde sunulmuş bildiri*, 21-24 Temmuz 2009, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Ongur, S., **Deveci, E.**, Aktaş, N., Ürkmez, S., Işıtan, İ. ve Ersoy, M. (2006). Ergenlikten Yaşlılığa Gelişimsel Süreçler. *XII. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi'nde sunulmuş bildiri*, 5-8 Temmuz 2006, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa-KKTC.
- **Deveci, E.**, Kahraman, F., Kaya, C. ve Turgut, İ. (2006). Üniversitede Okuyan Erkek Öğrencilerin Kendi Cinslerine ve Karşı Cinsle Karşı Algılarının Olumluluk Düzeylerinin İncelenmesi. *XII. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi'nde sunulmuş poster*, 5-8 Temmuz 2006, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa-KKTC
- Akhunlar, N.M., Çelenk, S. ve **Deveci, E.** (2006). Ergenlerde Akran Zorbalığı. *XI. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi'nde sunulmuş bildiri*, 5-8 Temmuz 2006, Ege Üniversitesi, İzmir.

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Konuşmalar

- **Deveci E.**, Aktaş A. & Kahraman, F. (2019, 27 Nisan). “Sanallaşan Dünyada Sağlık Psikolojisi” konulu Panel içinde ‘Sanal Dünya, Hızlı Değişimler ve Ayrımcılık’ başlıklı konuşma. 27-28 Nisan, Acıbadem Üniversitesi Psikoloji Günleri II, Acıbadem, İstanbul.
- **Deveci E.** (2018, 23 Kasım). “Obezite ve gerçek yaşam: ‘Ağır Yaşamlar’ dizisi ne anlatıyor?” başlıklı konuşma. 22-25 Kasım, 9. Ulusal Obezite Kongresi, Swissotel Ankara.
- **Deveci E.** & Ergüney Okumuş, F.E. (2018, 17 Kasım). “Yeme Bozuklukları İçin Kısa Süreli Bir Grup Psikoterapi Modülü: Örnek Uygulama” konulu çalışma grubu (G-13)”. 15-17 Kasım 2018, TED Üniversitesi, Ankara.
- **Deveci E.** (2018, 15 Nisan). “Psikolog ve Diyetisyen Gözünden Yeme Bozukluklarıyla Mücadele” konulu panel içinde ‘Yeme Bozukluklarında Psikoterapinin Yeri ve Önemi’ başlıklı konuşma. 14-15 Nisan 2018, Şehir Üniversitesi Psikoloji Günleri, Dragos, İstanbul.
- **Deveci E.**, Aktaş A., Ergüney Okumuş, E. (2018, 14 Nisan). “Sağlık Psikolojisi ve Klinik Uygulama Örnekleri” konulu panel içinde ‘Sağlık Psikolojisi, Obezite ve Obezite Cerrahisi’ başlıklı konuşma. 14 Nisan 2018, Işık Üniversitesi, 3. Psikoloji Günü, Maslak.
- **Deveci E.** (2016, 30 Nisan). “Yeme Bozukluklarına Nutrisyonel ve Psikiyatrik Yaklaşım” başlıklı çalıştay içinde ‘Yeme Bozukluğu Olgusunun Tedavi Süreci’ başlıklı konuşma. 30 Nisan 2016, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Pediatri Anabilim Dalı, Anemon Otel, Konya.
- Sertel Berk, H.Ö., **Deveci, E.**, Yücel, B. ve Bayraktar, F. (2013, 15 Kasım). “Multidisipliner Açından Obezite: Kuram, Değerlendirme ve Tedaviler” konulu panel içinde ‘*Obezitede Motivasyonel Değerlendirme*’ başlıklı konuşma. 14-17 Kasım 2013, Kognitif ve Davranışçı Terapiler Derneği 3. Ulusal Kongresi, Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi, İstanbul
- Yücel, B., **Deveci, E.** ve Bayraktar, F. (2013), “Yeme Bozukluğu ve Obezite’de Farklı Tedavi ve Yaklaşımları” konulu çalışma grubu içinde ‘*Bariatrik Cerrahi (Obezite Cerrahisi) Öncesi Psikiyatrik Değerlendirme: Hasta Seçiminin Özellikleri ve Vaka Örnekleri*’ başlıklı sunum. 24 – 28 Eylül 2013, 49. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kaya Termal Otel, İzmir.
- Yücel, B., **Deveci, E.** ve Bayraktar, F. (2013, 11 Nisan). “Yeme Bozukluğu ve Obezite’de Farklı Bakışlar, Uygulamalar” konulu çalışma grubu içinde ‘*Bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme: Hasta Seçiminin Özellikleri*’ başlıklı sunum. TPD 17. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu, 10 – 13 Nisan 2013, Dedeman Otel, Antalya.
- **Deveci, E.** (2013, 28 Mart). ‘*Sağlık Psikolojisine Giriş*’ konulu seminer. Işık Üniveristesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul.
- **Deveci, E.** (2012, Mayıs). *Obezite, Obeziteye Neden Olan Faktörler, Obezitenin Tedavi Yöntemleri ve Obeziteyi Önleyici Öneriler*. Koruma ve Güvenlik Görevlilerine Sağlık Bilgilendirme Seminerleri. Ümraniye T Tipi Ceza ve İnfaz Kurumu. 23 Mayıs 2012, İstanbul.

- Yücel, B, Ergüney, F.E ve **Deveci, E.** (2012, 3 Mayıs) “Yeme Bozuklukları: Multidisipliner ve Entegratif Tedaviler” konulu panelde “*Obezite’de Tedavi Yöntemleri ve Bilişsel Davranışçı Terapiler-Grup Terapileri*” başlıklı konuşma. 3-4 Mayıs 2012. İstanbul Üniversitesi Psikoloji Günleri, 2.Adım: Tedavi, İstanbul Üniversitesi, Cemil Bilsel Konferans Salonu, İstanbul.
- **Deveci, E.** (2012, 15 Nisan) “*Çocuklarda Görülen Uyum ve Davranış Sorunları*” konu başlıklı seminer, (‘Gelecek Ana Okulu’ velileri için) Mimar Sinan Özel Okulları Konferans Salonu, İstanbul.

