



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BİR MERKEZE BAŞVURAN 18-25 YAŞ ARASI BİREYLERİN YEME
BOZUKLUĞU, YEME DAVRANIŞI VE BEDEN ALGISININ BESLENME
DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Beste KAÇAR

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ

İSTANBUL
2024



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BİR MERKEZE BAŞVURAN 18-25 YAŞ ARASI BİREYLERİN YEME
BOZUKLUĞU, YEME DAVRANIŞI VE BEDEN ALGISININ BESLENME
DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Beste KAÇAR**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ**

**İSTANBUL
2024**



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Beste KAÇAR tarafından hazırlanan “Bir Merkeze Başvuran 18-25 Yaş Arası Bireylerin Yeme Bozukluğu, Yeme Davranışı ve Beden Algısının Beslenme Durumu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/01 /2024

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ
Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ
Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Muazzez GARİPAĞAOĞLU
Fenerbahçe Üniversitesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Remzi ÇETİN
Müdür

BİR MERKEZE BAŞVURAN 18-25 YAŞ ARASI BİREYLERİN YEME BOZUKLUĞU, YEME DAVRANIŞI VE BEDEN ALGISİNİN BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% **12**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **11**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

2

onlinelibrary.wiley.com

İnternet Kaynağı

% **1**

3

Submitted to Okan Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

4

acikerisim.baskent.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% **1**

5

dspace.gazi.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% **1**

6

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% **1**

7

acikerisim.baskent.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% **1**

8

acikerisim.aydin.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% **1**

bdb.hku.edu.tr

06/01/2024

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Bir Merkeze Başvuran 18-25 Yaş Arası Bireylerin Yeme Bozukluğu, Yeme Davranışı ve Beden Algısının Beslenme Durumu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışmayı başından sonuna kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ’ un sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Beste KAÇAR

ÖNSÖZ

Tezimin yazım sürecinde bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ'a,

Tez çalışmamın veri toplama sürecinde bana yardımcı olan meslektaşlarıma ve çalışmaya katılan katılımcılara,

Hayatımın her döneminde hep yanımda olan, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen annem, babam, ablalarım ve yeğenime en içten duygularım ile teşekkürlerimi sunarım.

Ocak, 2024

Beste KAÇAR

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEZ ETİK BEYANI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
SEMBOLLER	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yeme Davranışı.....	4
2.1.1. Kontrolsüz Yeme (KY)	5
2.1.2. Bilişsel Kısıtlama (BK)	5
2.1.3. Duygusal Yeme (DY).....	5
2.2. Beden Algısı.....	6
2.3. Yeme Bozuklukları (YB)	7
2.3.1. Anoreksiya Nervoz (AN).....	9
2.3.1.1. Kısıtlayıcı tip.....	10
2.3.1.2. Tıkınırcasına yeme/ temizleyen tip.....	10
2.3.2. Bulimia Nervoz (BN)	14
2.3.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)	17
2.3.4. Ruminasyon Bozukluğu	19
2.3.5. Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu	19
2.3.6. Diğer Belirtilmiş Beslenme veya Yeme Bozukluğu	21
2.3.6.1. Atipik anoreksiya nervoz	21
2.3.6.2. Bulimia nervoz (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)	21
2.3.6.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli) ...	21
2.3.6.4. Çıkarma bozukluğu.....	21
2.3.6.5. Gece yeme sendromu.....	22
2.3.7. Belirtilmemiş Beslenme veya Yeme Bozukluğu.....	22
2.3.8. Pika	22
2.3.9. Tanımlanmamış Yeme Bozuklukları.....	23
2.3.9.1. Ortoreksiya nervoz	23
2.3.9.2. Diabulimia	24
2.3.9.3. Bigoreksiya (kas dismorfisi).....	25
2.3.9.4. Gıda bağımlılığı	26
2.3.9.5. Picky eating (seçici yeme)	26
2.4. Yeme Bozukluklarının Patofizyolojisi.....	27
2.5. Yeme Bozukluklarında Sosyokültürel Faktörler.....	27
2.6. Yeme Bozukluklarında Kişisel Faktörler.....	28
2.7. Yeme Bozukluklarında Genetik Faktörler	29
2.8. Yeme Bozukluklarının Tıbbi Komplikasyonları.....	29

2.8.1. Yeme Bozukluklarının Fiziksel Etkileri	29
2.8.2. Yeme Bozukluklarının Dermatolojik Etkileri	30
2.8.3. Yeme Bozukluklarının Gastrointestinal Etkileri	30
2.8.4. Yeme Bozukluklarının Kardiyovasküler Etkileri	31
2.8.5. Yeme Bozukluklarının İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri	31
2.8.6. Yeme Bozukluklarının Endokrin/ Metabolik Sistem Üzerindeki Etkileri ...	32
2.8.7. Yeme Bozukluklarının Nörolojik Etkileri	33
2.8.8. Yeme Bozukluklarının Renal Etkileri	33
2.9. Yeme Bozuklukları ve Diyet Yapmak	33
2.10. Yeme Bozukluklarında Tıbbi Beslenme Tedavisi ve Beslenme Danışmanlığı	35
2.11. Yeme Bozukluklarında Farmakoterapi	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Çalışmanın Amacı	42
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	42
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	43
3.3.1. Kullanılan Form ve Ölçekler	43
3.3.1.1. Genel bilgiler formu	44
3.3.1.2. Üç faktörlü yeme ölçeği (TFEQ- Tr21)	44
3.3.1.3. Yeme tutum testi- 26 (YTT-26)	45
3.3.1.4. Vücut algısı ölçeği	46
3.3.1.5. 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı	47
3.3.2. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	48
4. BULGULAR	49
5. TARTIŞMA	69
6. SONUÇLAR	77
7. ÖNERİLER	81
KAYNAKLAR	83
EKLER	108

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADA	: Amerikan Diyetisyenler Derneği
AN	: Anoreksiya Nervosa
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BK	: Bilişsel Kısıtlama
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BN	: Bulimia Nervosa
cm	: Santimetre
CMR	: Kaba ölüm oranı
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DM	: Diyabetes Mellitus
DRI	: Diyet Referans Alımı (Dietary Reference Intakes)
DSM- 5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DY	: Duygusal Yeme
EDNOS	: Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
FDA	: Gıda ve İlaç Dairesi
FSH	: Folikül uyarıcı hormon
g	: Gram
kg	: Kilogram
Kkal	: Kilokalori
KY	: Kontrolsüz Yeme
LH	: Luteinize edici hormon
m	: Metre
m²	: Metrekare
mcg	: Mikrogram
mmHg	: milimetre civa
ON	: Ortoreksiya Nervosa
OSFED	: Diğer Belirtilmiş Beslenme veya Yeme Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
STEPS	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı
T1DM	: Tip 1 Diyabetes Mellitus
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TFEQ- Tr21	: Üç Faktörlü Yeme Ölçeği
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜBER	: Türkiye Beslenme Rehberi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TYB : Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
VAÖ : Vücut Algısı Ölçeği
YB : Yeme Bozukluğu
YFAS : Yale Gıda Bağımlılığı Ölçeği
YTT-26 : Yeme Tutumu Testi- 26



SEMBOLLER

f	: Frekans
n	: Katılımcı sayısı
$\bar{x}$	: Ortalama
α	: Alfa
%	: Yüzde



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütünün Yetişkinlerde Zayıflık Kriterleri	11
Tablo 2.2. Yeme Bozukluklarında Fiziksel Belirti ve Semptomlar.....	29
Tablo 3.1. 18-25 yaş arası bireylerin TÜBER 2022 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022)'ye göre enerji ve besin ögelerinin referans tüketim düzeyleri.....	47
Tablo 4.1. Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı.....	49
Tablo 4.2. Bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıkları.....	50
Tablo 4.3. Bireylerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve durumlarının dağılımı.....	51
Tablo 4.4. Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalaması.....	52
Tablo 4.5. Bireylerin cinsiyete göre antropometrik değer sınıflamasının dağılımı.....	53
Tablo 4.6. Bireylerin günlük enerji ve besin ögeleri alım miktarları ortalama değerleri ve DRI karşılama yüzdesi.....	54
Tablo 4.7. Bireylerin Üç Faktörlü Beslenme Anketi skoru ortalama değeri.....	55
Tablo 4.8. Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımına göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi skoru ortalama değeri.....	56
Tablo 4.9. Bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıklarına göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi skoru ortalama değeri.....	57
Tablo 4.10. Bireylerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve durumlarına göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi skoru ortalama değeri.....	58
Tablo 4.11. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi skoru ortalama değeri.....	59
Tablo 4.12. Bireylerin YTT-26 toplam puanı ve puan sınıflamasının dağılımı.....	59
Tablo 4.13. Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımına göre Yeme Tutum Testi skoru ortalama değeri	60
Tablo 4.14. Bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıklarına göre YTT-26 toplam puanı ortalaması.....	61
Tablo 4.15. Bireylerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve durumlarına göre YTT-26 toplam puanı ortalaması	62
Tablo 4.16. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre YTT-26 toplam puanı ortalaması.....	63
Tablo 4.17. Bireylerin YTT-26 sınıflamasına günlük enerji ve besin ögeleri alım miktarları ortalama değerleri.....	64

Tablo 4.18. Bireylerin YTT-26 sınıflamasına göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi skor ortalaması.....	65
Tablo 4.19. Bireylerin Beden Algısı Ölçeği toplam puanı ve puan sınıflamasının dağılımı.....	65
Tablo 4.20. Bireylerin Beden Algısı Ölçeği sınıflamasına göre günlük alınan enerji ve besin öğeleri miktarlarının ortalama değerleri.....	66
Tablo 4.21. Bireylerin Üç Faktörlü Yeme Ölçeği puanının farklı parametrelerle korelasyonu.....	67
Tablo 4.22. Bireylerin YTT toplam puanının farklı parametrelerle korelasyonu.....	67



ÖZET

BİR MERKEZE BAŞVURAN 18-25 YAŞ ARASI BİREYLERİN YEME BOZUKLUĞU, YEME DAVRANIŞI VE BEDEN ALGISININ BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın amacı, 18-25 yaşları arasındaki bireylerin yeme bozukluğu, yeme davranışı ve beden algısının beslenme durumu ile ilişkisini saptamaktır. Çalışma İstanbul'da özel bir beslenme ve diyetetik danışmanlık ofisine 1 Temmuz 2022- 1 Kasım 2022 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, soruları eksiksiz cevaplayan, 18-25 yaş arası bireyler ile yapılmıştır. Çalışmaya %81,8 (n=63)'i kadın olan toplam 77 birey katılmıştır. Kadınların mevcut vücut ağırlıklarının, kendileri için ideal olduğunu düşündükleri vücut ağırlığından ortalama $12,2 \pm 10,73$ kg, erkeklerin ise ortalama $3,4 \pm 7,81$ kg fazla olduğu belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel anlam içerdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$), kadınların erkeklere kıyasla kendi vücut ağırlıklarını ideale göre daha fazla olarak değerlendirdiği görülmüştür. TFEQ'de kadınların; bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme faktörlerinden aldıkları toplam puan ortalaması erkeklerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olarak görülmüş ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık gösterdiği görülmüştür ($p < 0,05$). YTT-26' ya göre katılımcıların %31,2'sinde (K: %34,9 (n=22), E: %14,3 (n=2)) bozulmuş yeme davranışı olduğu belirlenmiştir. YTT-26' ya göre YB olmayan katılımcıların enerji, yağ ve karbonhidrat tüketiminin YB olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Katılımcıların BKİ ve vücut ağırlığı ile kontrolsüz yeme ve duygusal yeme puanı, pozitif korelasyon göstermektedir ($p < 0,05$). Vücut ağırlığından memnun olan bireylerin YTT-26 puan ortalamasının ($11,6 \pm 10,31$), vücut ağırlığı memnuniyeti olmayan bireylere ($17,9 \pm 11,07$) kıyasla düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcıların yeme meşguliyeti ile BKİ arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür ($r = 0,320$, $p < 0,05$). Sonuç olarak; bir beslenme ve diyetetik danışmanlık ofisine başvuran bireylerin %31,2'sinde YB olması önemli bir veridir. Bu veri, bu alanda çalışan profesyonellerin bu konuya dikkatli ve bilinçli yaklaşması gerektiğini göstermektedir. Fazla BKİ, bozulmuş yeme davranışı, olumsuz beden algısı, diyet geçmişi varlığı, kadın cinsiyet ve genç yaş beslenme uzmanları tarafından YB riski açısından iyi değerlendirilmeli, bireylerin beslenme durumu saptanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Beden algısı, yeme bozuklukları, yeme davranışı.*

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EATING DISORDER, EATING BEHAVIOR AND BODY PERCEPTION AND NUTRITIONAL STATUS OF INDIVIDUALS BETWEEN 18-25 YEARS OF AGE APPLIING TO A CENTER

The aim of the study is to determine the relationship between eating disorders, eating behavior and body perception and nutritional status of individuals between the ages of 18-25. The study was conducted with individuals aged 18-25 who applied to a private nutrition and dietetics consultancy office in Istanbul between July 1, 2022 and November 1, 2022 and agreed to participate in the study and answered the questions completely. A total of 77 individuals, 81.8% (n=63) of whom were women, participated in the study. It was determined that the current body weight of women was on average 12.2 ± 10.73 kg higher than the body weight they thought was ideal for themselves, and that of men was 3.4 ± 7.81 kg on average. It was determined that the difference between these two averages was statistically significant ($p < 0.05$), and it was observed that women evaluated their body weight as higher than the ideal compared to men. In TFEQ, women; The total mean score they received from the cognitive restriction and emotional eating factors was seen to be higher than the mean score of men, and the difference between these mean scores was found to be statistically significant ($p < 0.05$). According to EAT-26, it was determined that 31.2% of the participants (F: 34.9% (n=22), M: 14.3% (n=2)) had impaired eating behavior. According to EAT-26, it was determined that the energy, fat and carbohydrate consumption of participants without ED was statistically significantly higher than that of individuals with ED ($p < 0.05$). Participants' BMI and body weight show a positive correlation with their uncontrolled eating and emotional eating scores ($p < 0.05$). It was found statistically significant that the EAT-26 average score of individuals who were satisfied with their body weight (11.6 ± 10.31) was lower than that of individuals who were not satisfied with their body weight (17.9 ± 11.07) ($p < 0.05$). It was observed that there was a positive correlation between the participants' eating preoccupation and BMI ($r = 0.320$, $p < 0.05$). In conclusion; It is an important data that 31.2% of individuals applying to a nutrition and dietetics consultancy office have ED. This data shows that professionals working in this field should approach this issue carefully and consciously. Excess BMI, impaired eating behavior, negative body image, presence of diet history, female gender and young age should be carefully evaluated by nutritionists in terms of ED risk, and the nutritional status of individuals should be determined.

Key Words: *Body image, eating behavior, eating disorders.*

1. GİRİŞ

Beslenme, yaşamı sürdürebilmek için gerekli en temel ihtiyaçlardan biridir. Kişiler bu ihtiyaç karşısında farklı yeme davranışları gösterirler. Yeme davranışları ve tutumları üzerinde genetik faktörler, çevre, hormonlar, duygusal durum, sosyo-demografik faktörler, deneyimler, kültürel ve dini inançlar, medya, beden algısı, obezite, iştah gibi birçok faktör etkili olmaktadır.

Yeme davranışı, bireyin yemek yeme zamanını, besin alım miktarını ve besin tercihlerini etkileyen fizyolojik, psikolojik, sosyal ve genetik faktörlerin bir etkileşimidir (Grimm and Steinle, 2011).

Yeme davranışını etkileyen faktörler; beden kütle indeksi (BKİ), olumsuz beden algısı, cinsiyet ve diyet yapma durumudur (Power et al., 2008). BKİ'deki artış, beden memnuniyeti olasılığını azaltmakta ve diyet yapma olasılığını artırmaktadır (Barker et al., 2000). BKİ 30 kg/ m²'nin üzerinde olan kadınlarda yeme bozuklukları, beden memnuniyetsizliği ve diyet yapma sıklığı erkeklere göre çok daha yüksek bulunmuştur (Edman et al., 2005).

Yeme bozuklukları, fiziksel sağlığı ve psikososyal işleyişi bozan, sakat bırakan, ölümcül ve maliyetli bir hastalık grubudur. Yeme bozuklukları son 50 yıldır hızla artmaktadır (Treasure et al., 2020). Ülkemizde yeme bozukluğu görülme sıklığı %1-5'tir (Vardar ve Erzengin, 2011). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) tanımladığı 8 farklı yeme bozukluğu kategorisi yer almaktadır. Bunlar; Pika, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), Bulimia Nervosa (BN), Anoreksiya Nervosa (AN), Geri Çıkarma (Geviş Getirme), Kaçıngan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu ve Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu'dur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Yeme bozuklukları sıklıkla ergenlik döneminde başlamakta ve multifaktörel bir yapı göstermektedir. Yeme bozukluğu etiolojisinde risk faktörleri; bozulmuş

yeme davranışı, vücut memnuniyetsizliği, benlik algısının bozulması, zayıflık ideali gibi biyo-psiko-sosyal etmenlerdir (Polivy and Herman, 2002; Garner, 2002; Sertel, 2013; Sertel, 2014).

Anoreksiya Nervosa vakalarının %40'ını 15-19 yaş grubundaki kişilerin oluşturduğu bilinmektedir (Vançelik ve ark., 2007). Bulimia nervosa olgularının ise büyük bir kısmı geç adölesan dönemde ve 25 yaştan önce ortaya çıkmaktadır (Fairburn et al., 1999). Yeme bozukluklarının, genç kızları ve kadınları daha çok etkileyen psikiyatrik hastalıklar olduğu bilinmektedir (Berry and Howe, 2000; Golden, 2003). Yeme bozukluğu olanların %90'dan fazlası 25 yaş ve altı kişilerdir. Kadınlarda görülme oranı erkeklerde görülme oranına göre 5-20 kat daha fazladır (Deering, 2001).

Türkiye'de yapılmış olan ve 783 üniversite öğrencisi ile yürütülen bir araştırmada, erkek ve kadınların sırasıyla %9,2 ve %13,1'inde bozulmuş beslenme alışkanlıkları görülmüştür (Baş ve ark., 2004).

Yeme bozukluğu olan kişilerin yemeye karşı bilişleri, duyguları ve davranışları karmaşıktır (Berridge, 2009).

Yeme bozuklukları vakalarında başta depresyon ve anksiyete olmak üzere başka psikolojik rahatsızlıklar görülebilmektedir (Keski-Rahkonen and Mustelin, 2016).

Yeme bozukluğu riskli yeme davranışları ile ortaya çıkmaktadır (Garner and Garfinkel, 1979). Yeme bozukluklarında görülebilen aşırı yeme davranışı obeziteyi ve bu da diyabet, kanser ve kardiyovasküler hastalıkların görülme riskini artırmaktadır. Yeme bozukluklarında görülen bir başka davranış biçimi olan az yeme ve yediğini tekrar çıkarma, enerji ve besin öğeleri eksikliğine sebep olabilmektedir (Cappelleri et al., 2009). Obez bireylerde en sık karşılaşılan yeme bozuklukları, tıknircasına yeme bozukluğu ve bulimia nervosa'dır (Da Luz et al., 2018).

Beden imajı bir bireyin kendi bedeni ve/veya görünüşüyle ilgili olumlu veya olumsuz bilişsel veya duygusal değerlendirmesidir (Cash et al., 2002). Beden saygısı kavramı ise kişinin kendi bedenine ve görünüşüne ilişkin değerlendirmesini ifade etmektedir (Mendelson et al., 2001). Kişilerin bedenlerine karşı olan duygularının, kendilerine ilişkin duygularıyla yakından ilişkili olduğunu bulunmuştur (Secord and

Jouard, 1953; Hendry and Gillies, 1978). Beden saygısı yeme bozuklukları ile yakın ilişki içindedir (Garfinkel et al., 1992; Mendelson et al., 2002). Beden saygısını en çok etkileyen etmenler yaş ve cinsiyettir (Lipowska and Lipowski, 2013). Beden algısındaki bozulmalar ve beslenme alışkanlıkları cinsiyete göre farklılık göstermektedir (Şanlıer ve ark., 2008). Yapılan çalışmalarda kilolu ergenlerin beden saygısının, normal veya düşük kilolu katılımcılara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Beden saygısı, kızlarda benlik saygısını erkeklerden daha fazla etkilemektedir. En dezavantajlı grup ise aşırı kilolu ergen kızlardır (Hendry and Gillies, 1978).

Beden memnuniyetsizliği, kişinin görünümünden memnun olmaması ve mevcut görünümü ile ideal görünümü arasında bir tutarsızlık algılamasıdır (Grogan, 2006; Bucchianeri and Neumark-Sztainer, 2014). Beden memnuniyetsizliği, yeme patolojisine zemin hazırlayan bir risk faktörüdür (Cattarin and Thompson, 1994).

Yeme bozuklukları; potansiyel olarak ölümcül, psikososyal işlevselliği ve fiziksel sağlığı kötü etkileyen, sakat bırakan ve yüksek maliyetlere sahip bir hastalık grubu olduğu için bu çalışmada yeme bozukluğu tanısı almamış bireylerdeki yeme bozukluğu, yeme davranışı ve beden algısı durumlarının beslenme durumu ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Anoreksiya nervoza olgularının 15-19 yaş grubunda artması ve BN olgularının büyük bir kısmının geç adölesan dönemde, 25 yaştan önce ortaya çıktığı göz önünde bulundurularak çalışma 18-25 yaş arasında yapılmıştır.

Ruh sağlığı uzmanları ve beslenme uzmanları tarafından yeme bozukluklarının saptanması ve önlenmesi önemlidir. Yeme bozukluğu açısından risk altında olduğu gözlenen veya tespit edilen bireylere gerekli psikolojik ve tıbbi müdahalenin sağlanması ve ileride oluşabilecek sağlık sorunlarının önüne geçilmesi gerekmektedir. Bu konuda beslenme uzmanlarının üzerine çok fazla sorumluluk düşmektedir. Bu çalışma bu bireyleri saptamak, toplumdaki oranlarını görmek ve yeme bozuklukları ile ilgili farkındalığı artırmak amacıyla planlanmıştır. Yeme bozukluğu tanısı olmayan kişilerde yeme bozukluğu, yeme davranışı ve beden algısındaki değişimler oldukça sık rastlanan bir durumdur. Bu çalışmanın YB, yeme davranışı ve vücut algısı ile ilgili çalışmalara katkı sağlaması ve yapılacak çalışmalara yol gösterici olması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Davranışı

Yeme davranışının hem iç hem de dış faktörlerden etkilendiği ve genetik bir temele sahip olduğu düşünülmektedir (Gluckman and Hanson, 2008; Wardle et al., 2008; Berthoud, 2012; Hussain and Bloom, 2013).

Yeme davranışını düzenlemeye yardımcı olan iki sistem tanımlanmıştır (Hussain and Bloom, 2013). İlk sistem; beyin sapı, yağ dokusu, karaciğer, pankreas, bağırsak ve hipotalamus ile besleyici, sinirsel ve hormonal sinyallerin iletişiminin sağladığı homeostatik sistemdir. İkinci iç sistem, besinin hedonik ve ödüllendirici niteliklerinden etkilenen ve kortikolimbik sistem tarafından düzenlenen hedonik sistemdir (Berthoud, 2012; Hussain and Bloom, 2013). Çevresel faktörlerin tüketimi etkilemesi hedonik sistem aracılığıyla gerçekleşmektedir (Berthoud, 2012; Hussain and Bloom, 2013). Hedonik sistem, doyumluk hissinden sonra yeme davranışının gerçekleşmesi ve beslenme ihtiyacının olmadığı durumlarda gıda alımı ile ilişkilidir (Berthoud, 2012). Bu iki iç sistem arasında karşılıklı etkileşim olduğu düşünülmektedir (Hussain and Bloom, 2013).

Gıda mevcudiyeti, çeşitliliği, gıdanın enerji yoğunluğu ve porsiyon boyutu besin tüketimini en çok etkileyen çevresel faktörlerdir (Berthoud, 2012). Yapılan çalışmalara göre; bulunabilirlik, çeşitlilik, enerji yoğunluğu ve porsiyon büyüklüğü arttıkça gıda alımı artmaktadır (Berthoud, 2012). Bir kişinin gıda tüketimine tokluk tepkisi zayıf ise kişi aşırı tüketim eğilimindedir (homeostatik yol). Yiyeceklere karşı tepkileri ve/veya zevkleri güçlüyse (hedonik yol), aşırı tüketim riskleri de daha yüksektir (Blundell and Finlayson, 2004; Drapeau et al., 2007).

Van Strien et al. (1986) tarafından, 1986'da geliştirilen Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) yeme davranışlarını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. "Kısıtlı yeme", "Dışsal yeme" ve "Duygusal yeme" olarak 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette yer alan üç ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığı olduğu ve yüksek faktör geçerliliği olduğu görülmüştür (Van Strien et al., 1986).

Stunkard and Messick (1981, 1985) tarafından üç yeme davranışı boyutu belirlenmiştir. Bunlar; (1) “yemenin bilişsel olarak kısıtlanması”, (2) “disinhibisyon” ve (3) “açlık” şeklindedir. Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (Three Factor Eating Questionnaire –TFEQ), kısıtlı yeme ve ilgili sorunları ölçmek için bir araçtır (Stunkard and Messick, 1985). TFEQ-R21, 3 faktörlü bir yapıdan meydana gelir. Bu yapılar; “duygusal yeme”, “kontROLSÜZ yeme” ve “bilişsel kısıtlama”dır (Tholin et al., 2005).

2.1.1. KontROLSÜZ Yeme (KY)

KontROLSÜZ yeme, açlığın hissedildiği ve dıştan bir uyarana maruziyet sonrası, kişinin yemek üzerindeki kontrolü sağlamakta zorlanmasının yatkinlık düzeyini değerlendirmektedir (Tholin et al., 2005).

KontROLSÜZ yemeye yol açan nedenler; duygusal yeme (baş edilemeyen duygulara bir tepki sonucu aşırı yemek yeme) (Van Strien et al., 1986) ve hedonik açlık/dış yeme (genel olarak iştah açıcı ortama tepki olarak yemek yeme)’dir (Herman and Polivy, 2008; Lowe et al., 2009).

KontROLSÜZ yeme, gıda alımı sırasında kontrol kaybı ile karakterizedir (Karlsson et al., 2000). Obezite ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Rohrer et al., 2009).

2.1.2. Bilişsel Kısıtlama (BK)

Bilişsel kısıtlama; kişinin mevcut beden şekli ve ağırlığını koruma hedefiyle besin alımını kontrol etme yatkinlığı ile karakterizedir (Tholin et al., 2005).

Yiyecek alımının kasıtlı olarak kısıtlanması olarak tanımlanan kısıtlı yeme (Lowe, 2002), aşırı yeme davranışları ile ilişkilidir. Aşırme; aşırı yeme davranışı ile korelasyon göstermektedir (Moreno et al., 2009; Ng and Davis, 2013).

Aşırme, aşırı yeme davranışları, tıknırcasına yeme ve obezite için güçlü bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir (Drewnowski et al., 1992; Neumark-Sztainer et al., 2007; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

2.1. 3. Duygusal Yeme (DY)

Duygusal yeme, stres ve kaygı gibi olumsuz duygulara tepki olarak aşırı yeme dürtüsüdür (Tholin et al., 2005; Adriaanse et al., 2011).

Diyet, duygusal yeme için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Diyet yapanların açlık hislerine karşı sürekli mücadele etmesi, açlık ve tokluk duygularıyla teması kaybetmelerine yol açabilmektedir. Bu durum da duygusal yeme için bir risk faktörüdür (Herman and Polivy, 1975; Van Strien et al., 1986).

Kişinin olumsuz duygular veya stres varlığında, bu duygularla baş edebilmek amacıyla yemek yeme davranışı gerçekleştirmesi, normal olmayan bir stres tepkisi olarak değerlendirilir. Fizyolojik stres tepkileri beslenmenin neden olduğu tokluk ile ilişkili hisleri taklit ettiği için yemek yememek tipik stres tepkisi olarak kabul edilmektedir (Gold and Chrousos, 2002).

Olumlu duygulara tepki olarak yemek yeme, olumsuz duygulara tepki olarak yemek yeme kadar sık görülmektedir (Macht et al., 2004).

2.2. Beden Algısı

Beden algısı; “bir kişinin bedeni hakkındaki algıları, düşünceleri ve duyguları” olarak tanımlanmaktadır (Thompson et al., 2012). Beden imajı bozukluğu veya beden memnuniyetsizliği, yeme patolojisi ile ilişkili önemli bir değişkendir. Beden imajındaki bozukluklar genellikle anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın temel özelliği olarak kabul edilir (Cash and Brown, 1987).

Beden memnuniyetsizliği varlığında, bireyler görünümlerinden memnuniyet duymamaktadır. Bu bireylerin, mevcut beden biçimlerini algılayışı çarpıtılmış bir biçimde olabilmektedir (Grogan, 2006; Bucchianeri and Neumark-Sztainer, 2014).

Kişinin vücudunu algılayış biçiminin değişmesi yeme bozukluğu olan hastalarda sık görülmektedir (Fairburn and Harrison, 2003). Bu semptom son zamanlarda, anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın yanı sıra tıknırcasına yeme bozukluğunda da görülmektedir (Lewer et al., 2017).

Bilimsel literatürde adı farklı şekillerde geçebilmektedir; beden imajı bozukluğu (Feusner et al., 2017), beden imajı uyuşmazlığı (Petre et al., 2016), beden imajında çelişki (Solomon-Krakus et al., 2017), beden imajı bozulması (Gardner and Moncrief, 1988; Treasure et al., 2015), bozulmuş beden imajı (Horne et al., 1991), vücut tahmininde bozukluk (Casper et al., 1979), vücut memnuniyetsizliği (Rosewall

et al., 2019), DSM-5 (APA, 2013) bunu "kişinin vücut ağırlığını veya şeklini deneyimleme biçimindeki rahatsızlık" olarak tanımlamaktadır.

Beden imajı bozukluğu genellikle bedenle ilgili üç farklı bileşenin bozulduğu bir durum olarak tanımlanır. Bu bileşenler; duygusal, bilişsel ve algısal bileşenlerdir (Cash and Deagle, 1997; Gaudio et al., 2014).

Beden memnuniyetsizliği ve beden imajı bozukluğu yakından ilişkilidir. Beden memnuniyetsizliği kişisel, kişiler arası, kültürel ve etnik değişkenlerden etkilenmektedir (Austin et al., 2009; Izydorczyk and Sitnik-Warchulska, 2018). Beden memnuniyetsizliği, yeme bozukluğu için önemli bir risk faktörüdür ve tıknırcasına yeme bozukluğunun bir ön belirtisidir (Coker and Abraham, 2014; Grifen et al., 2018).

Beden memnuniyetsizliği; diyet yapma, düzensiz beslenme ve reçete edilen insülin dozlarının azaltılması/ ortadan kaldırılmasının ana nedenidir. Beden imajı, gıda alımının kalitesini ve miktarını etkilemektedir (Callaway, 1973).

Ergenlerde ve genç kadınlarda, aileden, akranlardan ve medyadan kaynaklanan, zayıf olmak için algılanan yüksek baskı, Batı kültürünün kadınlar için benimsediği ince idealin içselleştirilmesi ve dolayısıyla artan vücut kitlesi ve vücut memnuniyetsizliği görülmektedir.

Yeme patolojisi ile ilişkili bireysel risk faktörleri; vücut memnuniyetsizliği (Stice and Shaw, 2002), diyet (Stice et al., 1998) ve depresyon (Stice et al., 2000)'dur.

2.3. Yeme Bozuklukları (YB)

Yemek, yaşamı sürdürebilmek için elzem ve haz almaya sebep olan bir davranıştır. Beslenme davranışı yaşamın çeşitli dönemlerinde değişiklik göstermekte ve bebeklik döneminden itibaren, ödül sistemi, çevre, kültürel faktörler, bakım veren kişinin yaklaşımı gibi değişkenlerden etkilenmektedir (Orsel ve ark., 2004).

Beslenme ve yeme bozuklukları, besin tüketimi veya emilimini, fiziksel sağlığı, psikososyal işlevselliği önemli ölçüde bozmakta olan bir bozukluktur. Beslenme veya yeme davranışlarının kalıcı bozukluğuyla karakterizedir (APA, 2013).

Yeme bozukluklarının tanı kriterleri, psikolojik, davranışsal ve fizyolojik faktörleri içermektedir (APA, 2013).

Yeme bozuklukları, Batı ülkelerinde ve özellikle genç nüfusta önemli bir sağlık sorunudur (Lewinsohn et al., 1993). Yeme bozuklukları en sık ergenlik döneminde ve 20 yaşından hemen sonra gelişmektedir (Tóthová, 2020). Yeme bozukluğu insidansı, erkeklere kıyasla kadınlarda önemli ölçüde daha yüksektir (Striegel-Moore et al., 2009). Yeme bozukluğu gelişimi özellikle adölesan dönemde başlamaktadır (Martinsen et al., 2014).

Ulusal Komorbidite Anketi Replikasyon Çalışması'nda (Hudson et al., 2007) yaşam boyu AN prevalansının kadın ve erkeklerde sırasıyla %0,9 ve %0,3, BN prevalansının kadın ve erkeklerde sırasıyla %1,5 ve %0,5, TYB prevalansının kadın ve erkeklerde sırasıyla %3,5 ve %2 olduğu ortaya konmuştur (Hudson et al., 2007).

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza sıklıkla ergenlik döneminde ortaya çıkarken, tıknırcasına yeme bozukluğu yetişkinlikte ortaya çıkma eğilimindedir (Victor, 2007).

Yaşam boyu AN'nin yaygınlık tahmini %0,8'dir. Anoreksiya nervozanın insidans oranı 100.000 kişide yaklaşık 7'dir. 15-19 yaşındaki kızlarda ise daha yüksektir, 100.000'de 109,2 vaka bildirilmiştir (Favaro et al., 2009; Smink et al., 2012; Udo and Grilo, 2018).

Bulimia nervoza prevalansı %0,28'dir (Udo and Grilo, 2018). Bulimia nervozanın en yüksek insidans oranı 16 ile 20 yaş arasındaki kadınlarda 100.000 kişide 300'dür (Keski-Rahkonen et al., 2009) ancak başlangıç yaşı giderek azalmaktadır (Smink et al., 2012).

Tıknırcasına yeme bozukluğu popülasyonun %0,85'inde tanımlanmıştır (Cossrow et al., 2016; Udo and Grilo, 2018).

Ergenlik çağındaki erkekler ve yetişkin erkekler, YB tanılarının yaklaşık %10' unu oluşturur (Lewinsohn et al., 2002; Darcy et al., 2012). Ergenlik yıllarında başlayan düzensiz yeme davranışları tedavi edilmezse yetişkinlikte de devam edebilmektedir. Yeme bozuklukları tedavi edilmediğinde genellikle düzelme göstermemektedir (Hanlan et al., 2013).

Blumia nervoza, anoreksiya nervozaya kıyasla daha iyi bir seyir göstermektedir. BN'de %70 oranında iyileşme, %6 oranında mortalite bildirilmektedir (Sundgot-Borgen and Torstveit, 2004; Steinhausen and Weber, 2009). Genel olarak BN'li hastalar, AN'li hastalara göre tedaviye daha yatkın olma eğilimi göstermektedir (Vitousek et al., 1998).

Anoreksiya nervoza ve blumia nervoza belirti ve bulguları diğer hastalıklarla karışabilmektedir. Örneğin; tiroid hastalıkları, beyin tümörleri, Addison hastalığı, Diabetes Mellitus (DM), bağırsak hastalıkları AN ile benzerlik gösterebilir. Yeme davranışlarını ve iştahı etkileyebilen nörolojik hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar, endokrin bozukluklar, Klein-Levin ve Kluver–Bucy sendromu BN'yi taklit edebilir. Psikiyatrik bozukluklar da yeme davranışları ve iştahı etkileyebilmektedir (örneğin, şizofreni, duygudurum bozuklukları) (Herzog et al., 2006; Küey, 2008).

Yeme bozuklukları, herhangi bir psikiyatrik bozukluk arasında en yüksek tıbbi komplikasyon oranlarından birine sahiptir (Mitchell and Crow, 2006). Tıbbi komplikasyonlar arasında saç dökülmesi, büyüme geriliği, osteoporoz, diş minesinin kaybı, gastrointestinal kanama, bağırsak felci, dehidratasyon, elektrolit anormallikleri, hipokalemi, hiponatremi ve kardiyak arrest bulunmaktadır (Mitchell et al., 1991; Mitchell and Crow, 2006). Tıbbi sonuçların derecesi ve türü, yeme bozukluğu davranışlarının türü (Örneğin; açlık, kendi kendine kusma, tıknırcasına yeme, İpeka şurubu kullanımı vb.) ve bunların şiddeti ile (Mitchell and Crow, 2006) ilişkilidir.

2.3.1. Anoreksiya Nervoza (AN)

Anoreksiya nervoza, kelimenin tam anlamıyla "sinirsel iştah kaybı" demektir, Yunanca “orexis” olan iştah kelimesinden türetilmiştir. Sendrom, tıp literatüründe ilk kez 1870'li yıllarda İngiltere'de Sir William Gull ve Fransa'da Ernest-Charles Lasague tarafından tanımlanmıştır (Walsh and Devlin, 1998).

Anoreksiya nervoza genellikle genç erişkinlikte veya ergenlik döneminde başlar, ergenlik öncesinde veya 40 yaş sonrasında başlaması nadir görülmektedir (APA, 2013).

Kadınlar arasında tam AN sendromunun yaşam boyu prevalansı tahmini olarak %0,5-2'dir (Walters and Kendler, 1995; Favaro et al., 2003; Striegel-Moore et

al., 2003). Genel popülasyonda, yaşam boyu AN prevalansı kadınlarda yaklaşık %1, erkeklerde ise %0,5'ten azdır (Hay et al., 2014). Kadın erkek oranı 10:1'dir (APA, 2013).

Anoreksiya nervozanın gelişiminde; olgunlaşan bedene verilen psikolojik tepkiler, değişen akran ilişkileri ve yeni yaşam zorlukları rol oynayabilir. Ayrıca östrojen ve diğer üreme hormonları, ruh halini ve beslenme davranışını etkiler (Geary, 2001).

Anoreksiya nervozada enerji alımı kısıtlanır ve bu durum yaşamı tehdit eden, kritik bir biçimde düşük vücut ağırlığına yol açar. Ciddi şekilde düşük vücut ağırlığı, “minimum normal olan ağırlıktan daha az vücut ağırlığı ve çocuklar ile ergenler için minimum beklenen vücut ağırlığından daha az vücut ağırlığı” olarak tanımlanmaktadır.

Anoreksiya nervozada kişinin vücut ağırlığı artışına yönelik yoğun korku duyduğu görülür, kişi ciddi derecede düşük vücut ağırlığına sahip dahi olsa ısrarla vücut ağırlığı artışını engellemeye yönelik davranışlarda bulunur. Kişinin, vücudunun şekli ve ağırlığına yönelik algısında bozulma, kişinin öz değerlendirmesini vücut şekli ve vücut ağırlığı üzerinden yapması veya ciddi derecede düşük vücut ağırlığının ehemmiyetinin reddedilmesi durumları görülmektedir. Kısıtlama tipine göre AN'nin alt tipleri mevcuttur. Bunlar; kısıtlayıcı tip ve tıknırcasına yeme/temizleyen tiptir (APA, 2013).

2.3.1.1. Kısıtlayıcı tip

Son 3 ayda kişi, çıkarma davranışı veya yinelenen tıknırcasına yeme epizodlarında bulunmamıştır (örneğin; kendini kusturma, lavman, laksatif, diüretik kullanımı). Anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı tip alt tipi; özellikle oruç tutma, diyet yapma ve/veya aşırı fiziksel aktivite yoluyla vücut ağırlığı kaybının sağlandığı olguları tanımlamaktadır (APA, 2013).

2.3.1.2. Tıknırcasına yeme/ temizleyen tip

Son 3 ayda kişide, çıkarma davranışı ya da yinelenen tıknırcasına yeme epizodları olduğu görülmüştür (örneğin; kendini kusturma, diüretik, lavman ve laksatiflerin suistimal edilmesi). Anoreksiya nervozanın tıknırcasına yeme/temizleyen tip alt tipine sahip bazı kişiler tıknırcasına yemezler, sınırlı biçimde

besin tüketir ve sonrasında düzenli arınma davranışı gösterirler. Alt tipler arasında çapraz geçiş gözlenebilmektedir.

Anoreksiya nervoza düzeyi, ergenler ve çocuklarda BKİ yüzdesi üzerinden, yetişkinlerde ise var olan BKİ üzerinden hesaplanmaktadır. Aşağıda yer alan tabloda, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yetişkinlerde zayıflık için belirlediği kriterler yer almaktadır (APA, 2013).

Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün Yetişkinlerde Zayıflık Kriterleri

Seviye	BKİ (kg/ m ²)
Aşırı	<15
Şiddetli	15-15,99
Orta	16-16,99
Hafif	17

Anoreksiya nervozanın üç temel özelliği bulunmaktadır: 1) Kalıcı enerji alımı kısıtlaması, 2) Vücut ağırlığı artışından aşırı derecede korkma ya da vücut ağırlığı artışını önleyici kalıcı davranışlar gösterme, 3) Kişinin kendi kendine algıladığı ağırlık veya şeklinden rahatsızlık duyması (APA, 2013).

Anoreksiya nervozalı bireylerde, kilo düştüğünde bile kilo alma endişesi artabilmektedir. Anoreksiya nervozalı daha genç bireyler ve bazı yetişkinler kilo alma korkusunu fark etmeyebilir veya reddedebilir ancak fiziksel bulgulardan ve laboratuvar bulgularından çıkarım yapılabilir. Bu bireylerde vücut ağırlığının ve şeklinin deneyimi ve önemi çarpıtılmıştır. Anoreksiya nervozalı bireylerin bir kısmı kendini “çok şişman” hissettiğini belirtmekte, bir kısmı ise düşük vücut ağırlığına sahip olduğunun bilincinde olmasına karşın vücudunun bazı bölümlerinin "çok şişman" olduğunu düşünmektedirler (APA, 2013).

Anoreksiya nervozalı bireyler, vücut ağırlıklarını değerlendirmek için sık sık tartılabilmekte (APA, 2013), vücut bölümlerini obsesif bir şekilde ölçebilmekte ve algıladıkları "yağ" bölgelerini kontrol etmek için sürekli aynaya bakma gibi çeşitli yöntemler kullanabilmektedir.

Anoreksiya nervozalı bireylerin öz değerleri büyük oranda algıladıkları ağırlık ve vücut şekilleri ile ilintilidir. Bu bireyler, vücut ağırlığı kaybını çoğunlukla

öz disiplin ve başarı göstergesi olarak görmekte, kilo alımını ise disiplinsizlik ve başarısızlık olarak değerlendirmektedirler.

Anoreksiya nervozalı bazı bireyler zayıf olduklarını kabul etseler bile genellikle yetersiz beslenmelerinin ciddi tıbbi sonuçlarını fark etmezler. Anoreksiya nervozalı bireyler sıklıkla sorunu kavrayamaz ya da sorunu inkâr ederler. Anoreksiya nervoza ile ortaya çıkan yarı açlık ve bununla birlikte gelebilen temizleme davranışları, yaşamı tehdit eden beslenme sorunlarına neden olabilir, çeşitli hastalıklara yol açabilir. Yetersiz beslenmeyle ilişkili sorunların bazıları (örneğin, kemik mineral yoğunluğunun kaybı) beslenme ile tersine çevrilebilir ancak çoğu zaman tamamen tersine çevrilemez.

Kendi kendine kusma ve müshil, diüretik ve lavmanların yanlış kullanımı, anormal laboratuvar bulgularına yol açabilir. Bazı bireylerde ise AN'nin yol açtığı hiçbir laboratuvar anormalliği görülmeyebilir.

Anoreksiya nervozalı bireylerin bir alt grubu aşırı düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır. Fiziksel aktivitedeki artış genellikle hastalığın başlangıcından önce gelmekte ve hastalık sürecinde devam ederek kilo kaybını hızlandırmaktadır.

Anoreksiya nervozalı bireyler, kilo vermek veya kilo alımını önlemek için ilaçları kötüye kullanabilir ve ilaç dozajını manipüle edebilirler. Diabetes Mellitus'u olan bireyler, insülin dozlarını atlayabilir veya azaltabilir (APA, 2013).

Anoreksiya nervozalı hastalar, normal bireylere kıyasla 24 saat boyunca daha az kalori tüketir ve kalori içeriği düşük öğünler tüketir; ayrıca yemek yerken sık sık ara vererek daha yavaş yemeye eğilimlidirler (Sunday and Halmi, 1996; Hadigan et al., 2000).

Anoreksiya nervozada ağırlık geri kazanımı ve tıbbi komplikasyonları gidermek amacıyla hastaneye yatış gerekebilmektedir. Anoreksiya nervoza için kaba ölüm oranı (CMR) her 10 yılda bir yaklaşık olarak %5'tir. Ölümler en sık AN ile ilişkili tıbbi komplikasyonlardan veya intihardan kaynaklanmaktadır. Anoreksiya nervoza, seyri oldukça değişken olan, sık nüks görülen ve ölüm oranı en yüksek psikiyatrik hastalıktır (Berkman, Lohr and Bulik, 2007; Signorini et al., 2007; Hoang, Goldacre and James, 2014; Fichter and Quadflieg, 2016). Bu oran, 15-24 yaş

arası kadınlarda tüm nedenlere bağılı yıllık ölüm oranından 12 kat daha yüksektir (Sullivan, 1995; Signorini et al., 2007).

Anoreksiya nervozada görülen komplikasyonlar aşağıda incelenmiştir.

Hematoloji: Lökopeni, tüm hücre tiplerinin kaybıyla ancak genellikle aşıkâr lenfositlerle birlikte yaygın olarak görölmektedir. Hafif anemi, trombositopeni ve nadiren kanama problemleri ortaya çıkabilir.

Serum kimyası: Dehidrasyon, yüksek kan üre nitrojen seviyesi ile görölebilir. Hiperkolesterolemi yaygındır. Hepatik enzim seviyeleri yükselebilir. Hipomagnezemi, hipozinsemi, hipofosfatemi ve hiperamilazemi görölebilmektedir. Kendi kendine kusma, metabolik alkaloz (yüksek serum bikarbonat tüketimi), hipokloremi ve hipokalemiye yol açabilir. Müshil kötüye kullanımı ise hafif bir metabolik asidoza neden olabilir.

Endokrin: Kadınlarda serum östrojen seviyesi, erkeklerde ise serum testosteron seviyesi düşüktür.

Elektrokardiyografi: Sinüs bradikardisi yaygındır ve nadiren aritmiler de görölebilmektedir.

Kemik kütlesi: Osteopeni veya osteoporoz ile düşük kemik mineral yoğunluğu sıkça görölür. Kırık riskinde önemli bir artış meydana gelir.

Elektroensefalografi: Metabolik ensefalopatiyi gösteren yaygın anormallikler, sıvı ve elektrolit bozukluklarından kaynaklanabilir.

Dinlenme Enerji Harcaması: Dinlenme enerji harcaması genellikle önemli ölçüde azalır.

Fiziksel Belirtiler ve Semptomlar: Anoreksiya nervozanın fiziksel belirti ve semptomlarının çoğu açlığa bağlanabilir. Amenore yaygın olarak görölür. Amenore genellikle kilo kaybının bir sonucudur ancak bireylerin az bir kısmında kilo kaybından önce görölebilir. Prepubertal kadınlarda menarş gecikebilir. Amenore, hipotalamik disfonksiyonu yansıtır ve düşük folikül uyarıcı hormon (FSH) ve luteinize edici hormon (LH) seviyelerinin yanı sıra azalmış östrojen ve progesteron ile karakterizedir. Anoreksiya nervozalı erkeklerde, azalmış testosteron seviyeleri ile benzer bir hipogonadizm ortaya çıkar. Azalmış libido her iki cinsiyette de bulunur.

Kabızlık, karın ağrısı, soğuğa tahammülsüzlük, uyuşukluk ve aşırı enerji şikayetleri görülebilir. Fiziki olarak en dikkat çekici bulgu zayıflamadır. Genellikle hipotansiyon, hipotermi ve bradikardi de görülebilmektedir. Bazı kişilerde ince tüylü vücut kılı olan “lanugo” gelişebilmektedir. Bazılarında, özellikle kilo restorasyonu sırasında veya müshil ve diüretik kötüye kullanımının kesilmesi üzerine periferik ödem görülebilir (APA, 2013).

Ayrıca AN’li hastalarda zamanla; kasların kaybedilmesi, güçsüzlük, derinin sarımsı ve kuru olması, büyüyen ince vücut tüyleri (lanugo), reflü, tırnak ve saçların kırılması ve infertilite gibi semptomlar gelişebilmektedir (Moskowitz and Weiselberg, 2017).

Anoreksiya nervoza, çarpıcı biçimde dirençli bir yeme bozukluğudur. Anoreksiya nervozada duygudurum bozukluğu yaygındır; hastaların %21-91’inin AN’nin akut fazında depresif belirtiler gösterdiği görülmüştür (Kaye, 1997). Dopamin ve norepinefrin dahil olmak üzere diğer nörotransmitterlerin de metabolitlerinde azalmalar tanımlanmıştır (Kaye et al., 1984; Kaye et al., 1999).

Sinirlilik, zayıf konsantrasyon ve yorgunluk gibi açlığın psikolojik yan etkileri görülebilir. Bu hastaların beden algısı ve benlik saygısının bozulduğu görülmüştür (APA, 2013).

2.3.2. Bulimia Nervosa (BN)

Bulimia terimi Yunanca “bous” ve “limos” kelimelerinden gelmekte ve "ököz açlığı" olarak çevrilmektedir (Stunkard, 1993). Aşırı yeme davranışı insanlar için yaklaşık bin yıldır bir sorundur ve yemekten sonra kusma davranışı da binlerce yıl öncesine dayanmaktadır (Nasser, 1993).

Genç kadınlar arasında on iki aylık BN prevalansı %1-1,5’tir. Blumia nervozanın yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda yaklaşık %2 ve erkeklerde %0,5’tir (Hay et al., 2014). Kadınlarda daha sık görülmektedir ve kadın- erkek oranı 10:1’dir (APA, 2013; Kendler et al., 1991). Blumia nervoza genellikle ergenlikte veya genç erişkinlik döneminde başlamaktadır (Kendler et al., 1991; APA, 2013). Ergenlik öncesi ya da 40 yaşı sonrası başlama olasılığı düşüktür. Tıkınırcasına yeme atağı, sıklıkla kilo verme amacıyla yapılan bir diyet dönemi sırasında veya sonrasında başlamaktadır. Blumia nervoza olgularında, ciddi derecede yüksek ölüm riski

bulunmaktadır. Ölümler tüm nedenlere bağlı olarak ve intihar sebebiyle gerçekleşebilmektedir. Her on yılda, BN'nin kaba ölüm oranı (CMR) yaklaşık %2 olarak bulunmuştur (APA, 2013).

Bulimia nervoza olgularında, tekrarlılık gösteren tıknırcasına yeme atakları ve vücut ağırlığı artışını engellemek amacıyla tekrarlılık gösteren telafi etmeye yönelik davranışlar görülmektedir. Bu telafi edici davranışlar; çeşitli ilaçların, diüretiklerin, laksatiflerin suistimal edilmesi, aşırı fiziksel aktivite, kendini kusturma ve oruç tutma olabilir.

Tıknırcasına yemenin iki karakteristik özelliği vardır: 1) Bir zaman dilimi içerisinde, birbirine benzeyen koşulların varlığında, benzer bir zaman diliminde çoğu kişinin yiyebileceğinden ciddi derecede daha büyük miktardaki yiyecekleri yeme, 2) Atak sırasında kişinin kendini durduramaması veya yiyeceklerin miktarını kontrol edememesi.

Bulimia nervoza olgularında en az 3 aylık süre zarfında ortalama haftada en az bir kez tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışlar görülür. Bu olgularda, vücut ağırlığı ve şekli bireyin öz değerlendirmesini yüksek oranda etkilemektedir.

Bulimia nervozanın üç temel özelliği vardır: 1) Tekrarlılık gösteren tıknırcasına yeme epizodları, 2) Kilo alımının önlenmesi amacıyla tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar gösterme, 3) Vücut ağırlığı ve şeklinin bireyin öz değerlendirmesini yüksek oranda etkilemesi.

Tıknırcasına yeme, tüketilen yiyecek miktarındaki anormallikle karakterize bir davranıştır. Kişi, tıknırcasına yemeye sıklıkla rahatsızlık veren düzeyde tok hissedinceye dek devam etmektedir. Tıknırcasına yeme epizodunda bireyler normalde kaçınmaları gerektiğini düşündükleri yiyecekleri yeme eğilimi göstermektedir.

Bulimia nervozalı bireylerde yeme problemlerinden utanma ve semptomlarını gizlemeye çalışma tipik davranışlardır. Bulimia nervozalı kişilerin tıknırcasına yemeyi uygunsuz telafi yöntemleri arasında kusma en yaygın görülen davranıştır. Kusmanın ilk etkileri, fiziksel rahatsızlığın sonra ermesi ve kilo alma korkusunun azalmasıdır.

Bulimia nervozalı bireyler kusabilmek için, öğürme refleksini uyarmak amacıyla parmak veya alet kullanabilmektedir. Kusma amacıyla nadiren ipeka şurubu da tercih edebilirler. Bunlar dışında görülen arınma davranışları, müshillerin, diüretiklerin ve lavmanların kötüye kullanımıdır. Özellikle genç bireylerde laksatif kullanımı yaygın görülmektedir (Mairs and Nicholls, 2016).

Bulimia nervozalı bazı bireyler kilo almamak için tiroid hormonu, insülin kullanabilmekte, bir gün veya daha fazla oruç tutabilmekte veya aşırı egzersiz yapabilmektedir.

Bulimia nervozada kilo alma korkusu, kilo verme isteği ve beden memnuniyetsizliği AN ile benzerlik göstermektedir.

Bulimia nervozalı bireyler tipik olarak normal kilodadır veya hafif kiloludur (BKİ 18,5- 30 kg/ m²). Obez bireylerde BN sık görülmez.

Bulimia nervozalı kişiler, tıknırcasına yemek yemedikleri zaman diliminde kalori tüketimlerini sınırlama, düşük kalorili ("diyet") yiyecekleri seçme ve “şişmanlatıcı” olarak algıladıkları yiyeceklerden kaçınma eğilimindedir.

Bulimia nervozalı kadınlarda sıklıkla adet düzensizliği veya amenore görülür. Arınma davranışından kaynaklanan sıvı ve elektrolit bozuklukları ciddi seyirde olabilmektedir. Özofagus yırtıkları, gastrik rüptür ve kardiyak aritmiler nadir görülen fakat ölümcül olabilen komplikasyonlardır. Kusmak için ipeka şurubunun tekrar kullanımı olan bireylerde ciddi kardiyak ve iskelet miyopatileri bildirilmiştir. Müshillerin kronik olarak kötüye kullanımı, bağırsak hareketlerini uyarmak için kişinin müshillere bağımlı hale gelmesine yol açabilir (APA, 2013).

Temizlemenin bir sonucu olarak hipokalemi, hipokloremi ve hiponatremi gibi sıvı ve elektrolit anormallikleri görülebilmektedir. Kusma sebebiyle oluşan gastrik asit kaybı metabolik alkalozu sebep olabilmektedir. Müshil ve diüretiklerin kötüye kullanılmasıyla ishal veya dehidrasyon sık indüklenir ve sonucunda metabolik asidoz görülebilir. Bulimia nervozalı bazı bireylerde tükürük izoenzimindeki bir artışı yansıtmaması muhtemel olan, hafif derecede yüksek serum amilaz seviyeleri görülebilmektedir. Özellikle ön dişlerin lingual yüzeylerinde, tekrarlayan kusma sebebiyle diş minesinin önemli ve kalıcı kaybı ortaya çıkabilir ve diş çürüğü sıklığı artabilir (APA, 2013). Reflü, boğazda kronik ağrı ve iltihap, öksürüğün

kronikleşmesi, tükürük bezlerinin şişmesi gibi problemler de görülebilmektedir (Sachs and Mehler, 2016; Castillo and Weiselberg, 2017).

Bulimia nervoza, AN'ye kıyasla daha iyi bir seyir göstermektedir. Bulimia nervozada mortalite ve iyileşme oranları sırasıyla, %6 ve %70'dir (Sundgot-Borgen and Torstveit, 2004; Steinhausen and Weber, 2009). Bulimia nervoza, AN'den daha yaygındır, BN'nin yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %1-3 olduğu tahmin edilmektedir (Kendler et al., 1991; Garfinkel et al., 1995).

Leptin hormonu, BN ile ilişkilendirilmiştir. Birkaç çalışmada, BN'li hastalarda serum leptin düzeylerinin anormal derecede düşük olduğu görülmüştür (Brewerton et al., 2000; Baranowska et al., 2001; Frederich et al., 2002; Monteleone et al., 2002). Yapılan başka bir çalışmada, tıkinırcasına yeme ataklarının sıklığı ile serum leptin konsantrasyonu arasında ters korelasyon eğilimi olduğu gösterilmiştir (Jimerson et al., 2000).

Bulimia nervozalı hastaların, AN'li hastalara göre tedavi olmaya yatkınlıkları genellikle daha fazladır (Vitousek et al., 1998).

2.3.3. Tıkinırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Tıkinırcasına yeme bozukluğu, normal ve fazla vücut ağırlığına sahip kişiler ile ve obez kişilerde görülebilir (Spitzer et al., 1993; Kinzl et al., 1999). Tıkinırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda yaklaşık %3,5 iken erkeklerde %2'dir (Hay et al., 2014). On iki aylık TYB yaygınlığı, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, yetişkin erkek ve kadınlarda sırasıyla %0,8 ve %1,6 olarak bulunmuştur (APA, 2013).

Tıkinırcasına yeme bozukluğu, obez popülasyonun önemli bir bölümünü ve normal kilodaki bireyleri etkileyen en yaygın yeme bozukluğudur (Spitzer et al., 1993; Dymek-Valentine et al., 2004). Tıkinırcasına yeme bozukluğu tanısı konan bireylerin %87'si obezdir (Villarejo et al., 2012).

Tıkinırcasına yeme bozukluğunda, tekrarlayan tıkinırcasına yeme atakları görülür. Tıkinırcasına yeme bozukluğundaki karakteristik yeme davranışları ilk olarak 1959 yılında tanımlanmıştır (Stunkard, 1959; APA, 2013). Tıkinırcasına yemenin iki karakteristik özelliği vardır: 1) Tekrarlılık gösteren tıkinırcasına yeme

epizodları, 2) Atak sırasında kişinin kendini durduramaması veya yiyeceklerin miktarını kontrol edememesi.

Bu epizodlarda aşağıda yer alan maddelerden üç ya da daha fazlası görülmektedir.

1. Aşırı tokluk hissedilene kadar yemek yeme.
2. Fiziksel açlık hissedilmemesine rağmen yemek yeme miktarının çok olması.
3. Yemek yemenin normale göre çok daha hızlı olması.
4. Atak sonrasında kendini çok suçlu veya depresif hissetme, kendinden tiksine görülmektedir.
5. Yiyeceklerin miktarından utanıldığı için yalnız yemek yeme.

Tıkınırcasına yeme davranışı, 3 aylık süre zarfı boyunca, genellikle haftada en az bir defa görülmektedir. Tıkınırcasına yemenin BN'den farkı, tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar görülmemesidir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, kilo verme tedavisi arayan bireylerde genel popülasyona göre daha sık görülmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu, genellikle genç erişkinlikte veya ergenlikte başlamaktadır fakat yetişkinlikte de başlayabilmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip bireyler, kilo alımı ve obezite için risk taşımaktadırlar. Bu hastalarda sık sık diyet yapma girişimleri görülür. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin iyileşme oranı, BN'li bireylere göre daha yüksektir (APA, 2013).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, obezitenin başlama ve devam etme riskini artırır ve yeme bozuklukları gelişiminde önemli bir rol oynar (Stice, 1998; Wilson, Becker and Heffernan, 2003; Spoor et al., 2006). Tıkınırcasına yeme (APA, 2013), kontrolsüz (Spitzer et al., 1992) ve duygusal yeme (Masheb ve Grilo, 2006) ile ilişkilidir. Bu yeme davranışları, obezite için risk faktörüdür (Desai et al., 2008; Rohrer et al., 2009).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, özellikle obezitenin Tip II Diabetes Mellitus, hipertansiyon ve dislipidemi gibi komplikasyonları ile ilişkili görülmektedir (Olguin et al., 2017). Ayrıca TYB, bariatrik cerrahi geçirmiş ciddi obez bireylerin %27-

47'sinde de ortaya çıkabilmektedir (Stunkard, 2011). Tıkınırcasına yeme bozukluğu bariatrik cerrahi için bir kontrendikasyondur (Kulick et al., 2010).

Vücut memnuniyetsizliği, diyet kısıtlamasına neden olur ve bu da tıkınırcasına yemeyi tetikler. Diyet yapma, kilonun ve vücut şeklinin aşırı değerlendirilmesi, TYB gelişimi için önemli risk faktörleridir (Allen et al., 2012).

Olumsuz duygular, azalmış benlik saygısı ve TYB arasında ilişki gözlenmiştir (Cella et al., 2021). Yapılan çalışmalarda, kemirgenlerde insanlarda tıkınırcasına yeme riskini artıran koşullar altında (örneğin; diyet kısıtlaması, stres) tıkınırcasına yeme atakları görülmüştür (Boggiano et al., 2005; Hancock et al., 2005).

2.3.4. Ruminasyon Bozukluğu

Ruminasyon bozukluğunda görülen temel özellik, en az 1 ayı içeren süre zarfında yemek yedikten sonra görülen, besinlerin tekrar eden regürjitasyonudur. Besinlerin tekrar çiğnenmesi ve yutulması veya tükürme görülebilir. Regürjitasyonun süreklilik göstermesi, farklı bir hastalık ile bağdaştırılamaz olmalıdır (örneğin; reflü, pilor stenozu).

Bu bozuklukta, önceden yutulmuş olan gıda, belirgin şekilde mide bulantısı, istemsiz öğürme veya iğrenme olmadan tekrar ağza getirilir. Daha sonra tekrar çiğnenebilir ve ardından ağızdan atılabilir veya tekrar yutulabilir.

Ruminasyon bozukluğunun prevalansına dair veriler kesin değildir fakat bunun yanı sıra belirli gruplarda (örneğin, zihinsel engelli bireyler) daha fazla oranda olduğu bildirilmiştir. Ruminasyon bozukluğunun başlangıcı bebeklik, çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik dönemi olabilir.

Ruminasyon bozukluğu olan bazı yaşlı bireyler, toplumsal olarak regürjitasyonun kabul görmemesi sebebiyle kasıtlı bir biçimde gıda alımlarını sınırlayabilmektedir. Bu nedenle, bu bireylerde kilo kaybı veya düşük ağırlık görülebilir (APA, 2013).

2.3.5. Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu olması gereken beslenmeyi ve/veya enerjiyi karşılayamama ile karakterize bir beslenme veya yeme bozukluğu türüdür. Bu hastalarda, beslenmeye veya yiyeceğe yönelik aşıkâr ilgisizlik durumu, yemenin

getirecekleri hakkında kaygı, besinin duyuşal özellikleri sebebiyle yiyecekten kaçınma görülmektedir. Kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu aşağıdaki maddelerden en az biri ile ilişkilidir:

1. Kişinin işlevselliğinde bariz bir bozulmanın olması
2. Beslenmenin ciddi miktarda az olması
3. Ciddi miktarda vücut ağırlığı kaybı (çocukların büyümeleri duraksayabilir, yaşına uygun vücut ağırlığı artışı olmayabilir)
4. Oral besin desteklerine ya da enteral nütrisyonu bağımlılık durumu varlığı

Kaçınan/kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğunun karakteristik özelliği, beslenme gereksinimlerini önemli ölçüde karşılayamama veya oral yolla yetersiz enerji alımı ile kendini gösteren gıda alımından kaçınma veya gıda alımını kısıtlamadır. Bu bozukluğun fiziksel sağlık üzerine etkisi, AN'ye benzer bir şekilde olabilir. Örneğin, hipotermi, bradikardi ve anemi görülebilir. Yetersiz beslenme, özellikle bebeklerde yaşamı tehdit edici olabilmektedir. Enteral beslenmeye veya oral besin takviyelerine "bağımlılık", yeterli alımın sürdürülebilmesi için ek beslenmenin şart olması durumudur.

Bazı bireylerde, gıdadan kaçınma veya gıdayı kısıtlama, gıdanın görünüşü, rengi, kokusu, dokusu, sıcaklığı veya tadına bağlı olabilir. Bu gibi davranışlar "kısıtlayıcı yeme", "seçici yeme", "sebatlı yeme", "kronik yemek reddi" ve "gıda neofobisi" olarak tanımlanmaktadır. Besine ilgisizlik ile ortaya çıkan gıdadan kaçınma veya kısıtlama, genellikle bebeklikte veya erken çocukluk döneminde ortaya çıkmakta ve yetişkinlik döneminde de devam edebilmektedir. Yiyeceklerin duyuşal özelliklerine bağlı biçimde ortaya çıkan kaçınma ise yaşamın ilk on yılında ortaya çıkma eğilimi göstermekte ve yetişkinlikte de devam edebilmektedir. Olumsuz sonuçlarla ilgili kaçınma, her yaş grubunda ortaya çıkabilmektedir. Kaçınan/kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, çocuklarda yetişkinlere göre daha sık görülmektedir. Erken çocukluk döneminde görülmeye sıklığı, kız ve erkeklerde eşittir. Gıdadan kaçınma veya kısıtlama, bazı fizyolojik durumlarda (örneğin; hamilelik) ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda bozukluk tanısı koyulamaz.

Kaçınan/kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğunun altında bazı tıbbi sebepler yatabilmekte veya eşlik eden zihinsel durumlar, beslenme ve yemeyi

zorlaştırabilmektedir. İştah kaybı; yaşlı bireyler, ameliyat sonrası hastalar ve kemoterapi alan kişilerde sıklıkla görülmektedir (APA, 2013).

2.3.6. Diğer Belirtilmiş Beslenme veya Yeme Bozukluğu

Diğer Belirtilmiş Beslenme veya Yeme Bozukluğu kategorisi, tıbbi açıdan ciddi bir soruna yol açan ya da kişinin işlevselliğini ciddi oranda etkileyen, yeme ve beslenme bozukluğu belirtilerinin yüksek oranda görüldüğü fakat yeme ve beslenme bozukluklarından hiçbirini için tam tanı kriterlerinin sağlanamadığı olguları belirtmektedir.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (APA, 2000)'da “Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (EDNOS)” şeklinde sınıflandırılmış olan bu YB türü, çok büyük ve çeşitli bireyleri içeriyordu ve en sık tanı koyulan YB idi. DSM-5 (APA, 2013)'te ise bu YB tipi revize edilerek “Diğer Belirtilmiş Beslenme veya Yeme Bozukluğu (OSFED)” olarak adlandırıldı.

2.3.6.1. Atipik anoreksiya nervoza

Bu kişilerde, önemli ölçüde kilo kaybı görülmesine rağmen, birey normal ağırlıkta veya normal ağırlığın üzerindedir. Bunun dışında AN'nin tüm özelliklerini göstermektedir.

2.3.6.2. Bulimia nervoza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)

Uygunsuz telafi davranışlarının ve tıknırcasına yemenin genellikle haftada bir kere altıda ve/veya 3 ayı bulmayan zaman zarfı içerisinde olması dışında BN ile uyumludur.

2.3.6.3. Tıknırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)

Tıknırcasına yeme bozukluğunun tüm kriterleri, tıknırcasına yemenin yüksek oranda daha az meydana gelmesi (haftada birden fazla ve/veya 3 aydan kısa süreyle) haricinde uyumludur.

2.3.6.4. Çıkarma bozukluğu

Bu kişilerde, tıknırcasına yeme olmadan kilo veya şekli kontrol amacıyla gerçekleşen tekrarlayan kusma davranışı görülür. Bu olgularda, kişinin kendini kusturması, ilaçların, diüretiklerin ve laksatiflerin suistimal edilmesi görülmektedir.

2.3.6.5. Gece yeme sendromu

Akşam yemeği sonrası ciddi miktarda besin tüketimi ya da uykudan kalkıp yemek yeme ile karakterize, tekrarlılık gösteren bir sendromdur. Atak sırasında kişi bilinçlidir ve daha sonra bu davranışını hatırlamaktadır. Gece yeme, belirgin bir sıkıntıya ve/veya işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (APA, 2013).

Gece yeme sendromu, obezite ile yakından ilişkilidir. Bu sendromda günlük enerji alımının %50'si saat 19:00 sonrası alınmaktadır. Uyku problemleri görülebilir, ayrıca kişide sabah anoreksiyası da olabilmektedir. Gecede en az 1 yeme atağı bulunur ve 3 ay süresince devam eder (Tüfekçi Alphan, 2019).

2.3.7. Belirtilmemiş Beslenme veya Yeme Bozukluğu

Bu kategori, yeme ve beslenme bozukluklarından hiçbirinin kriterlerine uymayan ancak işlevsellikte belirgin bozulmanın görüldüğü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntının olduğu, bir beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin öne çıktığı durumları karşılamaktadır.

2.3.8. Pika

Pikanın karakteristik özelliği, en az 1 aylık süre zarfında tekrarlayan ve klinik müdahale gerekecek kadar bir veya birden fazla besleyici olmayan, gıda dışı maddenin yenilmesidir. Kişinin yediği maddeler bulunabilirlik ve yaşa göre farklılık göstermektedir. Sabun, buz, çakıl taşı, saç, boya, kumaş, ip, yün, nişasta, metal, kâğıt, toprak, kül, tebeşir, sakız, kömür, kil gibi maddeler olabilir (APA, 2013).

Pikası olan bireylerde genelde yiyeceklere yönelik bir isteksizlik görülmez. Bebeklerde pika teşhisi koyulabilmesi için en az 2 yaş önerilmektedir.

Bazı pika vakalarında vitamin veya mineral eksiklikleri (örn. çinko, demir) görüldüğü bildirilse de genellikle spesifik biyolojik anormallikler bulunmaz. Pika bazen genel tıbbi komplikasyonların sonucunda meydana gelir. Bu tıbbi komplikasyonlar; mekanik bağırsak sorunları, bezoardan kaynaklanan bağırsak tıkanıklığı, bağırsak delinmesi, dışkı veya pislik yutmanın bir sonucu olarak toksoplazmoz ve toksokariasis gibi enfeksiyonlar; kurşun bazlı boyaların yutulması gibi zehirlenmeler olabilir.

Pikanın prevalansı belirsizdir ancak zihinsel engelli bireylerde pika prevalansının arttığı görülmüştür. Kadın ve erkek cinsiyette de görülmektedir.

Pikanın başlangıcı çocukluk, ergenlik veya yetişkinlikte olabilir. Bunlardan en yaygını çocukluk başlangıcıdır. Besleyici olmayan, gıda dışı maddelerin yenmesi, belirli aşermelerin meydana gelebildiği hamilelikte de ortaya çıkabilmektedir. Pika uzun seyredebilir ve tıbbi acil durumlar (örneğin, bağırsak tıkanıklığı, akut kilo kaybı, zehirlenme) meydana gelebilir. Yutulan maddelere bağlı olarak ölümcül olabilen bir hastalıktır. Kişide pika olduğunda, değerlendirme yapılırken gastrointestinal komplikasyonlar, zehirlenme durumu, enfeksiyon ve beslenme yetersizliği de göz önünde bulundurulmalıdır (APA, 2013).

2.3.9. Tanımlanmamış Yeme Bozuklukları

2.3.9.1. Ortoreksiya nervoza

Ortoreksiya nervoza (ON); kişinin katı, kompulsif yeme davranışları ve sağlıklı beslenme ile karakterize, psikososyal bozulma ile sonuçlanan bir durumdur (Bratman and Knight, 2000). Ortoreksik yeme, Bratman (1997) tarafından tanımlanmıştır.

Ortoreksiya nervoza, DSM-5'te (APA, 2013) ve Uluslararası Hastalıklar ve İlgili Sağlık Sorunları Sınıflandırmasında (World Health Organization, 1992) yer almamasına rağmen, birçok çalışmada tanı ölçütlerinin varsayılması üzerine çalışılmıştır (Donini et al., 2004; Varga et al., 2013; Moroze et al., 2015; Dunn and Bratman., 2016).

Ortoreksiya nervoza, AN ve atipik anoreksiya nervoza, BN ve kaçınan/kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu gibi şu anda tanımlanmış olan yeme bozukluklarıyla benzerlik göstermektedir. Ortoreksiya nervoza ile ilgili literatürde tanımlanmış olan fiziksel semptomlar (kilo kaybı ve yetersiz beslenme), psikolojik semptomlar (bitkinlik ve emosyonel dengesizlik), sosyal sonuçlar (sosyal izolasyon ve düşük yaşam kalitesi) mental bozukluk ile uyumludur (Strahler et al., 2018) Anoreksiya nervoza ve BN'de kişiler vücut ağırlığı ve şeklinden duyulan kaygıyla besin miktarına odaklanırken, ON'li kişiler sağlıklı olmaya odaklanır (Goutaudier and Rousseau, 2019).

Ortoreksiya nervozada beslenme alışkanlıklarını sağlıklı ve uygun bir şekilde sağlayabilmek için gıda kalitesine abartılı bir şekilde odaklanma görülür. Bu durum, genellikle refahı iyileştirme, sağlık sorunlarından kaçınma, sağlık sorunlarını yönetme girişimleri ile başlamaktadır. Ortoreksiya nervozada görülen sorunlar; yemekle aşırı meşgul olunması, sosyal izolasyon, yemek hazırlama veya yemek seçme/kontrol etmek için çok fazla zaman harcanması ve beslenme alışkanlıkları nedeniyle beslenme yetersizlikleri görülmesidir (Bratman and Knight, 2000; Varga et al., 2013; Moroze et al., 2015). Ayrıca ortoreksik eğilimleri olan kişiler, öğünleri sağlıklı beslenmeye ilişkin inançlarıyla uyumlu olmadığı zaman yüksek düzeyde sıkıntı yaşamaktadır ve bu endişeler başka sorunlara yol açabilmektedir (Zickgraf et al., 2019). Bu bireyler, sağlıklı beslenme hakkında bilgi sahibidir, başka beslenme alışkanlıklarını eleştirir ve yeme alışkanlıkları sebebiyle iyi hissederler (Bratman and Knight, 2000). Ortoreksiya nervozalı bireylerde biyolojik olarak saf olduğu düşünülen gıdaların seçilmesi kadar pişirme yöntemleri ve pişirme araçları da önemlidir (Goutaudier and Rousseau, 2019).

Diyet yapan ve kısıtlı kalori tüketenler, yağ içeriğinin yüksek olduğu düşünülen yiyecekleri yeme konusunda suçluluk ve endişe bildirmekte (Gonzalez and Vitousek, 2004) ve yiyecekleri “suçluluk uyandıran” veya “suçsuz” olarak nitelendirmektedir (King et al., 1987; Gonzalez and Vitousek, 2004). Kilo verme diyetleri, kalori takibi, kalori kısıtlaması yapan, karbonhidratlardan kaçınan veya Weight Watchers gibi diyetleri takip eden bireyler, diyet yapanlara kıyasla daha fazla ON semptomu bildirmişlerdir (Barthels et al., 2018).

2.3.9.2. Diabulimia

Diabulimia, Tip 1 Diabetes Mellitus (T1DM)’u olan kişilerde görülen bir yeme bozukluğudur. Diabulimianın karakteristik özelliği insülinin kasıtlı olarak kısıtlanmasıdır ve bu durum kilo kaybıyla sonuçlanır (Davidson, 2014). DSM-5’te diabulimia resmi bir tanı olarak yer almamaktadır. Kadınlarda daha yaygındır (Jones et al., 2000; Balfe et al., 2013; Custal et al., 2014; Hastings et al., 2016; Conviser et al., 2018). Diyabetli kadınların yaklaşık %20’sinde yeme bozuklukları görüldüğü bildirilmiştir. T1DM’li genç kızlarda YB, T1DM’si olmayan genç kızlara göre iki kat daha fazla bulunmuştur (Philpot, 2013; Gagnon et al., 2017).

Bireyler insülin eksikliğine bağlı olarak T1DM teşhisinden önce kilo verme, insülin tedavisine başladıklarında ise kilo alma eğiliminde olmaktadır (Fanik, 2014). T1DM'li bireylerde hızlı kilo kaybının metabolizması şu şekildedir: İnsülinin kesilmesi veya azaltılması hızlı kilo vermeyle sonuçlanır. İnsülin kesildiğinde glikoz seviyesi yükselir, bunun sonucunda proteinler hızla parçalanır (katabolizma) ve idrarla glikoz atılımı (glukozüri) meydana gelir (Kinik ve ark., 2017).

İnsülin dozlarının manipüle edilmesi sağlığı riske atan bir davranıştır. Diyabetik ketoasidoz (DKA) (Philpot, 2013), retinopati ve nefropati gibi ciddi uzun vadeli mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar ortaya çıkabilir (Nielsen, 2002; Goebel-Fabbri et al., 2008; Takii et al., 2008). İnsülin kısıtlaması ölüm riskini 3,2 kat artıran bir faktördür (Goebel-Fabbri et al., 2008).

Bir çalışmada, T1DM'si olan bireylerin %60'ı insülin kısıtlaması yaptığını belirtmiştir (Deiana et al., 2016). Birkaç çalışmaya göre, insülinin manipüle edilmesinin sebebi kilo alma korkusudur (Olmstead et al., 2008; Goebel-Fabbri et al., 2011; Balfe et al., 2013; Falcão and Francisco, 2017). İnsülini kısıtlayan bireyler, hızlı kilo kaybettikleri için insülin kısıtlamasına devam etmiştir (Balfe et al., 2013).

2.3.9.3. Bigoreksiya (kas dismorfisi)

1993'te vücut geliştiren erkeklerde yapılan bir çalışmada Pope, Katz ve Hudson (1993) tarafından 'ters anoreksi' olarak adlandırdıkları bir durumu tanımladıklarında bigoreksiya tanımı ortaya çıkmıştır. Vücut geliştiren bu kişiler, oldukça kaslı bir yapıya sahip olmalarına karşın, küçük ve zayıf göründüklerine inanmaktaydı. Yağ kazanmak istemediklerini ve daha fazla kas geliştirme arzuları olduğunu belirtmişlerdir (Choi et al., 2002).

Bigoreksiyanın prevalansı belirsizdir (Pope et al., 2000). Bigoreksiya özellikleri erkekleri etkileyen bir durum olarak görülse de kadınlarda da görülebilmektedir (Pope et al., 1997).

Kas dismorfisi olan vücut geliştiren kişiler kaslılık ile ilgili uğraşlarının ve obsesif düşüncelerinin yanı sıra kompulsif egzersiz yaptıklarını ve kaslılık durumlarını kontrol ettiklerini belirtmektedir (Olivardia, 2001).

Bu kişiler, anabolik steroidler kullanabilmektedir. Anabolik steroidlerin uzun süreli kullanımı ile bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar; akne,

kellik, hiperkolesterolemi, prostatta büyüme, testis atrofi ve jinekomasti olabilir (Pope and Brower, 2000).

2.3.9.4. Gıda bağımlılığı

Gıda bağımlılığı, “belirli gıdaların bağımlılığa benzer şekilde aşırı tüketilmesini içeren yeme davranışı” olarak tanımlanmaktadır (Zawartailo et al., 2020). Gıda bağımlılığı henüz DSM-5'te yer almamaktadır. Gıda bağımlılığı için standart teşhis aracı Yale Gıda Bağımlılığı Ölçeği (YFAS)'dir (Gearhardt et al., 2009; 2016). Sistematik bir incelemeye göre, YFAS'ye göre genel popülasyonda gıda bağımlılığı yaygınlığı %20 olarak bulunmuştur. Gıda bağımlılığının kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Pursey et al., 2014).

Gıda bağımlılığı, ödüle karşı artan duyarlılık, madde kullanımı ve aşırı yeme ile ilişkilendirilmektedir (Franken and Muris, 2005; Nederkoorn et al., 2006; Guerrieri et al., 2008; Appelhans et al., 2011; Dissabandara et al., 2014). Yiyeceklerin aşırı tüketimine yol açan ilk basamak, artan dürtüsellik ve ödül duyarlılığı ve ayrıca kendini kontrolde azalan bir kapasitedir. Aşırı tüketim sonucunda, bireylerde kilo damgası, utanç ve suçluluk hissi gibi duygusal, sosyal ve davranışsal durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu gıdaların sürekli tüketilmesiyle, bireyler gıdanın hedonik özelliklerine alışabilmekte, zevk veya beğeni azalabilmektedir. Bunun sonucunda ise daha fazla yeme isteği ortaya çıkabilmektedir (Robinson, 1993; Robinson and Berridge, 2001; Robinson and Berridge, 2003; Berridge, 2009; Berridge et al., 2010). Bağımlılık döngüsü şu şekilde ortaya çıkmaktadır: Kişi yiyecek tüketimini artırarak azalan hazzı yerine koymaya çalışmakta, bu da aşırı yeme davranışını etkilemektedir (Everitt et al., 2008; Flagel et al., 2009; Ersche et al., 2012).

Yüksek sodyumlu gıdalar, yapay aromalı gıdalar, zengin karbonhidrat ve doymuş yağ içeren gıdalar aynı sinir yollarını aktive eder ve bağımlılığa zemin hazırlar (Gearhardt et al., 2011).

2.3.9.5. Picky eating (seçici yeme)

Picky eating (seçici yeme) için tek bir tanım bulunmamaktadır ancak çeşitli besinlerin tüketimini azaltan çocuklar genellikle telaşlı veya seçici yiyiciler olarak

kabul edilmektedir (Galloway et al., 2005). Çocuklarda telaşlı veya seçici yeme prevalansı %6-60 arasındadır (Agras et al., 2004; Tharner et al., 2014).

Seçici yeme; azalmış diyet çeşitliliği, tanıdık veya yeni yiyecekleri yemeye yönelik isteksizlik ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde sorun ile karakterize bir durumdur (Lumeng, 2005; Boquin et al., 2014). Bu durum küçük çocuklarda yaygındır. Yürümeye yeni başlayan çocuklarda seçici yeme oranı %50'dir (Carruth et al., 2004). Bir çalışmada, en yüksek seçici yeme insidansının 2 yaşında olduğu bildirilmiştir (Mascola et al., 2010). Seçici yeme ile cinsiyet ilişkilendirilememiştir (Cole et al., 2017).

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişiminde yaşamın ilk 2 yılının önemi kritiktir (Cashdan, 1994; Birch and Doub, 2014). Erken yaşlarda oluşan diyet kalıpları ve yiyecek tercihleri okul öncesi çağı, okul çağı ve genç yetişkinlik dönemlerinde de devam edebilmektedir (Nicklaus et al., 2005; Siega-Riz et al., 2010).

2.4. Yeme Bozukluklarının Patofizyolojisi

İştah ve beslenmenin düzenlenmesi, periferik sinyalleri (gastrointestinal yol, yağ dokusu, hormonal sekresyon, hipotalamik faktörler (nöropeptitler), kortikal ve subkortikal süreçleri (ödül, duygusallık, biliş) ve dış etkileri içine alan karmaşık bir süreçtir (Rolls, 1997; Schwartz et al., 2000; Elman et al., 2006). Anoreksiya nervoza ve BN'de bu eksenindeki herhangi bir yerde bozulma olma olasılığı vardır.

2.5. Yeme Bozukluklarında Sosyokültürel Faktörler

Anoreksiya nervoza ile inceliğin değerli olduğu kültürler ve ortamlar arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (APA, 2013.) Yeme bozuklukları yiyeceğin bol olduğu kültürlerde daha yaygın görülmektedir (Stormer and Thompson, 1996; Stice, 2001).

Medyada yer alan idealize edilmiş, ince fiziğe ilişkin görseller nedeniyle, YB gelişiminde medyanın rol oynadığı kabul edilmektedir. Zayıflığın idealleştirilmesi kadınlarda erkeklerden daha yaygındır (Striegel-Moore, 1993; Striegel-Moore, 1997). Akran etkisi de YB'lere katkıda bulunan bir unsur olarak sıklıkla değerlendirilmektedir (Levine et al., 1994; Wertheim et al., 1997; Shisslak et al., 1998; Stice, 1998).

İşlerinde rekabetin ön planda olduğu ve başarının doğrudan vücut ağırlığıyla ilişkili olduğu kabul edilen bazı meslek gruplarında (örneğin, dansçılar, balerinler, sporcular, jokeyler) YB riskinin yüksek olduğu görülmüştür (Tüfekçi Alphan, 2019).

Anoreksiya nervoza, kültürel ve sosyal olarak çeşitli popülasyonlarda ortaya çıkabilmektedir. Anoreksiya nervoza; ABD, birçok Avrupa ülkesi, Avustralya, Yeni Zelanda ve Japonya gibi yüksek gelirli ülkelerde yaygındır, çoğu düşük ve orta gelirli ülkede görülme sıklığı belirsizdir (APA, 2013).

2.6. Yeme Bozukluklarında Kişisel Faktörler

Yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunduğu düşünülen bireysel birçok faktör bulunmaktadır. Yeme bozukluğu gelişimi riskini artıran kişisel faktörler arasında; mükemmeliyetçilik, vücut memnuniyetsizliği, benlik saygısı düşüklüğü yer almaktadır (Bratland-Sanda and Sundgot-Borgen, 2013). Öz saygı yüksekliği, düşük yeme bozukluğu riski ile ilintilidir (Harriger et al., 2014). Yeme bozukluğu semptomları ve negatif duygulanım arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Steinberg et al., 1989).

Yeme bozukluklarına sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eşlik eder (Grilo et al., 2009). Yeme bozuklukları popülasyonunda Eksen I psikiyatrik bozukluklar (depresyon, anksiyete, beden dismorfik bozukluğu veya kimyasal bağımlılık dahil) ve Eksen II kişilik bozuklukları (özellikle borderline kişilik bozukluğu) sık görülmektedir (Grilo et al., 2009). Çocukluğunda anksiyete bozukluğu öyküsü olan veya takıntılı özellikleri olan bireylerde AN riski daha fazladır (APA, 2013). Kısıtlayıcı tip AN'de obsesyonel, mükemmeliyetçi kişilik bir risk faktörü olarak görülmektedir. Anoreksiya nervozalı bireylerde majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve sosyal fobi sıklıkla görülmektedir (Tüfekçi Alphan, 2019).

Blumia nervoza gelişimi için, düşük benlik saygısı, depresif duygudurum, anhedoni, yaygın anksiyete, irritabilite ve afektif eksiklikler riskli olabilmektedir (Raffi et al., 2000).

2.7. Yeme Bozukluklarında Genetik Faktörler

Büyük ölçekli toplum temelli ikiz çalışmaları, AN ve BN'deki varyansın %50-80 arasında olduğunu göstermiştir (Kendler et al., 1991; Berrettini, 2000; Bulik et al., 2006). Anoreksiya nervoza ve BN'li bireylerin birinci derece biyolojik akrabaları arasında da bu bozuklukların görülme olasılığının fazla olduğu görülmüştür. Monozigot ikizlerde AN olasılığı dizigot ikizlere göre önemli ölçüde yüksektir. Anoreksiya nervoza oluşumunun varyansının tahmini %58-76'sının genetik faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Klump et al., 2002; APA, 2013).

Kadınlarda genetik ve hormonal faktörler AN oluşumu ve sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir (Bulik et al., 2015; Mikhail et al., 2019).

Tıkınırca yeme bozukluğunun ailelerde görülüyor olması genetik etkileri yansıtmakta olabilir (APA, 2013).

2.8. Yeme Bozukluklarının Tıbbi Komplikasyonları

2.8.1. Yeme Bozukluklarının Fiziksel Etkileri

Tablo 2.2. Yeme Bozukluklarında Fiziksel Belirti ve Semptomlar (Grilo and Mitchell, 2009)

AN	BN
Kilo verme *	Hipotansiyon (<90 mmHg sistolik) *
Hipotermi *	Kuru cilt *
Bradikardi (Kalp hızı <60 atım/dakika) *	Parotis bezi şişmesi *
Hipotansiyon (<90 mmHg sistolik) *	Diş minesini erozyonu *
Hipoaktif bağırsak sesleri *	Taşikardi (kalp hızı >100 atım/dakika)
Kuru cilt *	Saç kaybı
Kırılğan saç, saç dökülmesi *	Russell'ın işareti
Hiperaktivite	Ödem
Kırılğan tırnaklar	
Basınç yaraları	
Sarı cilt, özellikle avuç içi	
Lanugo saç	
Siyanotik (mavi) ve soğuk eller ve ayaklar	
Ödem (ayak bileği, periorbital)	
Mitral kapak prolapsusu	

* Yaygın

2.8.2. Yeme Bozukluklarının Dermatolojik Etkileri

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza hastalarında görülen dermatolojik komplikasyonlar arasında akne, karotenoderma (aşırı karotenoid alımına atfedilebilen, karoten birikiminin derinin sararmasına yol açması) yer alır. Akrosiyanoz (soğuk, mavi eller veya ayaklarla sonuçlanan dolaşım sorunları), purpura (düşük trombosit sayısına ikincil), tırnak distrofisi ve kseroz (pullu, kuru cilt) görülmektedir. Hastalarda ayrıca sırtta, karında ve ön kolda lanugo veya ince, tüylü vücut kılları ve telogen effluvium (saç dökülmesi) gelişebilir. Kendi kendini kusturan hastalarda Russell'ın İşareti (kusmak için öğürme refleksini uyarmak için elin kullanılmasından kaynaklanan el travmasına bağlı olarak elin sırtında yara izi veya nasır oluşumu) de görülebilmektedir (Gupta et al., 1987; Strumia, 2005; Yager and Andersen, 2008).

2.8.3. Yeme Bozukluklarının Gastrointestinal Etkileri

Hem AN hem de BN'li hastalarda gastrointestinal komplikasyonlar oldukça belirgindir (McClain et al., 1993).

Tükürük bezlerinin, özellikle de parotis veya submandibuler bezlerin şişmesi BN'de oldukça yaygındır ve tanıda yararlı bir araçtır. Buna hiperamilazemi eşlik edebilir. Bu aynı zamanda AN'li bazı hastalarda da tanımlanmıştır (Kinzl et al., 1993; Lo Russo et al., 2008).

Diğer gastrointestinal belirtiler; gecikmiş mide boşalması, gecikmiş ince bağırsak geçiş süresi ve kabızlıktır. Ayrıca, çok nadir de olsa, mide dilatasyonu, mide yırtılması, pankreatit ve perforatör ülser vakaları da rapor edilmiştir (Kamel et al., 1991; Chial et al., 2002). BN ve AN'de kusma varsa, diş minesinin aşınması da yaygın olarak görülmektedir (Milosevic et al., 1997).

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervozada kabızlık yaygın olarak görülmektedir (Pomeroy et al., 2002). Kendini zorla kusturma, yemek borusunun yüzeyinde yırtılmalara sebebiyet verebilir (Overby and Litt, 1988). Ruminasyon davranışı, dişlerin hızla aşınmasına, aspirasyona ve Barrett's özofagusuna neden olabilir (Attri et al., 2008).

Tıkmırcasına yeme bozukluğunda aşırı miktarda gıda tüketimi, üst ve alt gastrointestinal rahatsızlıklara neden olabilir. Karın ağrısı, dolgunluk hissi, mide

boşalmasının gecikmesi, şişkinlik, asit regürjitasyonu, mide yanması, disfaji, bulantı, ishal, kabızlık, dışkıda sıkışma hissi, dışkı kaçırma ve anal tıkanıklık gibi semptomlar görülebilir (Kornstein et al., 2016).

2.8.4. Yeme Bozukluklarının Kardiyovasküler Etkileri

Anoreksiya nervoza hastalarında kardiyovasküler komplikasyonlar oldukça sık görüldüğü gibi BN hastalarında da görülebilmektedir (Schocken et al., 1989; Dresser et al., 1992; Kreipe and Harris, 1992; Cooke and Chambers, 1995; Casiero and Frishman, 2006; Senzaki et al., 2006).

Anoreksiya nervozada açlık sinüs bradikardisi ve hipotansiyon ile ilişkilidir (Brown and Mehler, 2000). Hipokalsemi, hipokalemi, hipofosfatemi veya hipomagnezemi görülebilmektedir (Pomeroy, 2001).

Elektrokardiyografik değişiklikler arasında ciddi uzamış QT aralığı ve belirgin bradikardi bulunmaktadır (Roche et al., 2005).

Ciddi kilo kaybı, iskelet ve kalp kasının küçülmesine, özellikle kalp odası hacimlerinde, kalp kütlesi ve kalp debisinde azalmaya neden olmaktadır. Egzersize karşı zayıflamış kan basıncı yanıtı sebebiyle egzersiz kapasitesi azalmıştır. Kilo alımı ile bu anormallikler düzelebilmektedir. Bu değişiklikler, hasta ideal vücut ağırlığının %20'sinin altına düştüğü zaman gözlenmektedir (Olivares et al., 2005).

Anoreksiya nervozalı hastalarda görülen en belirgin bulgular hipotansiyon ve bradikardidir.

Blumia nervozalı hastalarda kardiyak komplikasyonlar genellikle nadir gözlenir. Arınma davranışı sebebiyle sinüs taşikardisi görülebilmektedir. Hipokalemi, hipomagnezemi ve dehidratasyon durumları da taşikardiye neden olabilmektedir.

Anoreksiya nervozanın şiddetli olduğu hastaların %30-50'sinde mitral kapak prolapsusu görülebilir (Johnson et al., 1986).

2.8.5. Yeme Bozukluklarının İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri

Anoreksiya nervozalı hastalarda, özellikle de hastalığın kronik formunda kemik mineral yoğunluğunda azalma meydana gelmektedir (Misra et al., 2004).

Anoreksiya nervozalı kadın ve erkeklerde osteopeni, osteoporoz ve artmış kemik kırığı riski görülmektedir (Westmoreland et al., 2016).

Osteopeni ve osteoporoz gelişiminin genellikle birden fazla nedene bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenler; düşük östrojen seviyesi, azalmış kalsiyum alımı, düşük D vitamini seviyesi ve bazı durumlarda aşırı büyüme hormonu salgılanması olabilir. Bu değişiklikler genellikle BN hastalarında görülmez (Katz and Vollenhaven, 2000).

2.8.6. Yeme Bozukluklarının Endokrin/ Metabolik Sistem Üzerindeki Etkileri

Anoreksiya nervozada kolesterol sentezi hızlanır ve hiperkolesterolemi görülür (Ohwada et al., 2006).

Enerji harcamalarında da değişiklikler görülmektedir (Van Wymelbeke et al., 2004).

Yeniden beslenme sırasında hipomagnezemi, hipokalemi, hipokloremi ve metabolik alkaloz gibi elektrolit anormallikleri görülebilir. Arınma davranışı, müşil veya diüretiklerin kötüye kullanılması, vücut sıvıyı korumaya çalışırken renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini uyarabilen hipovolemik bir duruma sebebiyet verebilmektedir (Mitchell et al., 1988).

Şiddetli AN'de düşük plazma LH ve FSH seviyeleri bildirilmiştir, bu da amenoreye sebebiyet verebilmektedir (Thomas and Rebar, 1990). Anoreksiya nervoza hastalarının %20-25'inde önemli kilo kaybının başlangıcından önce, %50-75'inde ise diyet ve kilo kaybı sırasında amenore görülebilmektedir (Katz and Vollenhoven, 2000). Anoreksiya nervozalı bazı hastalarda, amenore belirgin kilo kaybından sonra ortaya çıkar. Regl düzensizlikleri BN'de de görülür ancak AN'de olduğundan çok daha az şiddetli ve daha az yaygındır (Gendall et al., 2000).

Anoreksiya nervoza hastalarında tiroid dışı hastalık sendromuyla uyumlu tiroid hormon düzeyleri görülmektedir Tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) düşük veya normaldir, rT3 yüksektir ve tiroid uyarıcı hormon (TSH) normal veya yüksektir (Winston, 2012).

Anoreksiya nervozada hiperkortizolemi tanımlanmıştır; BN'li hastalarda bu tür değişiklikler daha az görülmektedir (Laue et al., 1991).

Yetersiz beslenen AN hastalarının %20-40'ında anemi meydana geldiği ancak tipik olarak demir eksikliği görülmediği bildirilmiştir (Westmoreland et al., 2016; Mehler et al., 2018).

2.8.7. Yeme Bozukluklarının Nörolojik Etkileri

Anoreksiya nervoza hastalarının beyinlerinde, psödoatrofi olarak da adlandırılabilen, genişlemiş ventriküller ve dış beyin omurilik sıvısı boşluklarından oluşan çeşitli yapısal anormallikler tanımlanmıştır (Herholz, 1996). Wernicke ensefalopatisi AN'de de rapor edilmiştir (Peters et al., 2007).

2.8.8. Yeme Bozukluklarının Renal Etkileri

Anoreksiya nervozalı hastalarda glomerüler filtrasyon hızında bir azalma gözlenebilir. Yeme bozukluklarında oluşabilecek yüksek kan üre azotu (BUN) ve kreatinin seviyeleri dehidrasyon ve hacim azalmasını yansıtır, aynı zamanda glomerüler filtrasyon hızındaki azalmayı ve idrarın konsantre edilmesiyle ilgili sorunları da gösterebilir (Boag et al., 1985; Lowinger et al., 1999). Bununla birlikte, AN'li bazı hastalarda kronik böbrek hastalığı meydana gelebilmektedir (Herzog et al., 1997). Bu durum, hastalığı uzun süredir devam eden hastalarda ve müşil kullanımında daha olasıdır (Takakura et al., 2006).

2.9. Yeme Bozuklukları ve Diyet Yapmak

Diyet sözcüğü, TDK'ye göre Arapça'da "bir şeyin karşılığı olarak ödenmek zorunda kalınan şey" olarak tanımlanırken; Fransızca'da "sağlığı korumak veya düzeltmek amacıyla uygulanan beslenme düzeni; perhiz, rejim" olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 18.11.2023.).

Diyet, şekli veya ağırlığı değiştirmek için kasıtlı olarak gıda alımını kısıtlama uygulamasıdır (Lowe, 2002). Genellikle denetimsiz uygulanır ve sağlıksız davranışları içerebilir (Goldschmidt et al., 2012).

Diyet yapma, yeme patolojisinin bir özelliği olarak kabul edilmektedir (Brownell, 1991). Diyet ve diyet kısıtlaması literatürde sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır ancak iki kavram arasında önemli farklılıklar mevcuttur. Diyet, kalori alımı ve harcaması arasında negatif bir enerji dengesi sağlayarak arzu edilen kiloya ulaşmaya yönelik kasıtlı çabaları ifade eder (Dahlkoetter et al., 1979). Diyet

kısıtlaması ise kalori kısıtlaması ve aşırı yeme dönemleri arasında salınım eğilimini ifade eder (Heatherton et al., 1988).

Yeme patolojisi üzerine yapılan araştırmalarda, diyetin bir risk faktörü (Stice, 2002) ve diyet kısıtlamasının ise yeme patolojisinin bir semptomu olduğu görülmüştür. Kısıtlama teorisine göre, diyet, kalori yoksunluğunun fizyolojik etkileri ve bilişsel disinhibisyon gibi psikolojik mekanizmalar nedeniyle tıknırcasına yeme riskinin artmasıyla sonuçlanır (Polivy and Herman, 1985). Diyet yapmak aşırı yemeye neden olabilir çünkü katı diyet kurallarının ihlali, sınırsız yemeye veya yoksunluk-ihlal etkisine neden olabilir (Marlatt and Gordon, 1985). Diyet ve yeme patolojisi arasındaki ilişkide sıklıkla vurgulanan tıknırcasına yemedir (örn., Stice and Agras, 1998). Diyet yapan denekler arasında, bir yıl sonra yeme bozukluğu geliştirme riski, diyet yapmayanlara göre dört kat fazladır (Santonastaso et al., 1999).

Olumsuz duygular, diyet yapanların gıda alımı konusunda öz denetimlerini zayıflatabilmektedir. Diyet sürecinde yetersiz beslenilirse vücut kalori kısıtlamasını kıtlıktan ayıramaz ve açlık durumundaymış gibi davranır. Bu nedenle, açlık ve iştah artarken metabolizma hızı azalmaktadır (Goldsmith et al. 2010). Sonuç olarak, diyet yapanlar yoğun yoksunluk duyguları geliştirebilmekte ve diyetlerini bırakabilmektedir (Herman et al., 2008). Yapılan çalışmalara göre, stres altına olan ve diyet yapan bireyler, diyet yapmayanlara kıyasla daha yüksek gıda alımı göstermişlerdir (Herman and Polivy, 1975).

Batı ülkelerinde artan obezite prevalansı ve vücut büyüklüğü ile ilgili toplumsal ideallere yanıt olarak zayıf olma baskısının artmasıyla birlikte, diyet stratejileri nüfus genelinde yaygın olarak görülmektedir (French and Jeffery, 1997; Houben et al., 2012).

Uzun vadede kilo verme yöntemi olarak sınırlı etkinliği olmasına rağmen diyet kısıtlaması, kilo yönetimi için tercih edilen en yaygın tedavi yöntemidir (Verweij et al., 2011). Bu kısıtlama, gelecekte kilo alımına, obeziteye ve ayrıca eşik altı tıknırcasına yemenin başlangıcına sebep olabilmektedir (Bas ve ark., 2008; Goldschmidt et al., 2012).

Birçok diyet yapan kişi diyetlerini sürdürememekte ve hatta uzun vadede kilo almaktadır (Jeffery et al., 2000; Dansinger et al., 2005; Lowe et al., 2006; Mann et al., 2007; Bacon and Aphramor, 2011; Pietiläinen et al., 2012).

2.10. Yeme Bozukluklarında Tıbbi Beslenme Tedavisi ve Beslenme Danışmanlığı

Diyetisyenler, YB’de akut bakım, iyileşme, nüks önleme ve tedavi boyunca bakım sürecine katkıda bulunmaktadır (Ozier and Henry, 2011). Vücudun kabulünü teşvik etmek ve düzensiz yeme riskini azaltmak için, diyetisyenler ağırlık merkezli diyetten ziyade sağlık merkezli davranışları desteklemelidir (Eriksson et al., 2008).

Yeme bozuklukları geri dönüşü olmayan hastalıklar olduğu için önleme en mantıklı ve uygun maliyetli tedavidir. Önleme çabaları, her boyutta sağlık kavramını ve sezgisel yemeyi vurgulayabilir (Bacon et al., 2005).

Beslenme danışmanlığı ve beslenme müdahalesi, AN, BN ve diğer yeme bozukluklarında ekip tedavisinin önemli bir bileşenidir. Diyetisyenler, tedavi ekibinin ayrılmaz üyeleridir ve yeme alışkanlıklarının ve beslenme durumunun normale döndürülmesi için tıbbi beslenme tedavisi sağlamaktadırlar.

Diyetisyenlerin mesajları ve iletişim tarzı (sözlü ve sözsüz), bireyin tedavi planına uygun olmalıdır.

Yeme bozukluğu hastalarıyla çalışan diyetisyenlerin mesleki sınırları, beslenme müdahalesini ve YB'lerin psikodinamiklerini iyi anlamaları gerekmektedir (Scribner Reiter and Graves, 2010).

Diyetisyenler tarafından gerçekleştirilen beslenme değerlendirmesi tedavi planına katkıda bulunabilir. Gıda öyküsü, özellikle AN ve BN’de potansiyel mikro besin eksikliklerini değerlendirmek için laboratuvar testlerinden daha pratik olabilmektedir (Wilson et al., 2007). Motivasyonel görüşme ile belirlenen motivasyon veya değişime hazır olma, bir diyetisyen tarafından değişime yönelik içsel motivasyonu artırmak için iş birlikçi bir yaklaşım olarak kullanılabilir (Rollnick et al., 2007).

Yeme bozuklukları için kolay bir tedavi yoktur. Üç hastadan biri, ilk tedavinin ardından en az 5 yıl sonra hastalığın tanı ölçütlerini sağlamaya devam etmektedir (Keel et al., 1999; Fairburn et al., 2000). Hastaların %50'sinden fazlasının ise tedaviye başladıktan 5 yıl sonra belirgin bir iyileşme gösterdiği bulunmuştur (Casper and Jabine, 1996; Herpertz-Dahlmann et al., 1996; Steinhausen et al., 2000).

Ölüm oranı tahminleri (intihar dahil) yaklaşık olarak %5-8 aralığındadır (Herzog et al., 2000; Steinhausen et al., 2000).

Tıbbi Beslenme Tedavisinde, hastanın ne yediğinden çok ne zaman yediğine odaklanılır ve yeme düzeni oluşturulur. 'Aşırı besinler' ve 'yasak' besinler dahil olmak üzere çeşitli besinlerin tanıtımı planlanır. Çeşitlilik sağlamak için gıda değişim listeleri, gıda modelleri ve porsiyon kontrollü gıdalar kullanılır. Değişiklikler yavaş yavaş yapılır. Diyete, sos, margarin, kuruyemiş, tohum ve avokado dahil edilebilir. Birkaç 'model' gün yazılı bir taslak halinde verilir. Hastaların onlara güven veren organize bir yeme yaklaşımı oluşturmalarına yardımcı olunur. Ailelerin, aile yemeklerinde sağlıklı ve uygun ilerleyişi anlamalarına yardımcı olunur (Willard et al., 1983; Woo, 1986; Rock and Yager, 1987; O'Connnor et al., 1988; Laessle et al., 1991; Kirk, 1993; Whisenant and Smith, 1995; Herrin, 1999; Latner and Wilson, 2000; Thomas, 2000; Herrin, 2003; Williams and O'Connor, 2000; Salvy and McCargar, 2002; Winston et al., 2005; American Dietetic Association (ADA), 2006; Ashley and Crino, 2010).

Metabolizma, enerji gereksinimleri, vücut ağırlığının belirleyicileri dikkate alınır. Yanlış beslenme bilgisi saptanır. Bireysel beslenme ihtiyaçları ve bunların iyileşme sürecinde nasıl değiştiği göz önünde bulundurulur. Tüketilen yiyeceklerin miktarı ve çeşitliliği ile sağlık ve enerji durumu arasında bağlantı kurulur. Normal kalori ve yağ alımı sağlanmaya çalışılır. Diş sağlığı ve bağırsak fonksiyonu göz önünde bulundurulur. Kalsiyum alımına dikkat edilir ve osteoporozdan korunma hedeflenir. Sıvı alımı dengesi sağlanır. Beslenme etiketlerinin aşırı ayrıntısına dikkat edilmesinden ziyade, beslenme etiketlerinin sağlıklı beslenmenin genel ilkelerine göre yorumlanması öğretilir (O'Connnor et al., 1988; Laessle et al., 1991; Kirk, 1993; Merriman, 1996; Thomas, 2000; Williams and O'Connor, 2000; Herrin, 2003; Hart et al., 2005; ADA, 2006; Hart et al., 2008; Ashley and Crino, 2010).

Diyet ürünlerden, diğer gıdalara göre daha az miktarda yiyecek kilo alınacağı inancını beslediği için kaçınılmalıdır. Zevk ve sağlık için yemek yenmesi, spontane ve esnek yeme davranışları hedeflenir. Mükemmel diyetin idealize edilmesi yerine normal beslenmeye odaklanılır. Yemek yemek evin bir odasıyla sınırlandırılmalı, yemek yerken oturulmalı ve yemek yerken başka faaliyetlerde bulunulmamalıdır. İştah, saat, sosyal durum ve görsellik gibi yeme ipuçlarına

duyarlılık geliştirilmesi sağlanır. Uygun kapları kullanılması ve orta hızda yemesi gerekmektedir. Yiyeceklerin ölçülmesinden kaçınılmalıdır. Mümkünse başkalarıyla birlikte yemek yenilmelidir (Rock and Yager, 1987; Beumont et al., 1988; O'Connnor et al., 1988; Beumont et al., 1997; Williams and O'Connor, 2000; Abraham and Llewellyn-Jones, 2001; Salvy and McCargar, 2002; Herrin, 2003; Winston et al., 2005).

Açlığın biyolojik ve psikolojik etkileri değerlendirilmelidir. Yeme, ağırlık ve şekille ilgili mantıksız ve olumsuz inançlar ele alınmalı ve vücut ağırlığının düzenlenmesiyle ilgili yanlış inanışlar düzeltilmeli. Tıkınırcasına yeme ve kusmanın sonuçları vurgulanmalı. Şişmanlatıcı olduğu düşünülen yiyeceklere bakış açısının değişmesine yemeyle ilişkili suçluluk hissinin üstesinden gelinmesine yardım edilmeli (Laessle et al., 1991; Kirk, 1993; Williams and O'Connor, 2000; ADA, 2006; Hart et al., 2008).

Hastalar yemekten kaçınmanın dezavantajları konusunda eğitilmeli ve hastaların yeme deneyimleri kademeli olarak genişletilmeye çalışılmalı (Ashley and Crino, 2010).

Hastaların kısıtlayıcı diyetten kaçınmasına, BN'de diyet/tıkınırcasına yeme/arınma döngüsünü kırmasına ve AN'de sağlıklı bir kiloyu geri kazanmasına yardımcı olunmalı. Hastalar, sağlıklı bir vücut ağırlığını kabul etmeleri ve korumaları konusunda desteklenmeli. Aşırı egzersizden kaçınılmalı (Rock and Yager, 1987; O'Connnor et al., 1988; Williams and O'Connor, 2000).

Danışana gerçek bir ilgi gösterilmeli. Hastanın korkularını ve anormal davranışlarını paylaşmaya başlamasına yardımcı olan, güveni teşvik eden, güvene dayalı ve açık bir ilişki hedeflenmeli. Çatışmacı değil destekleyici bir ilişki kurulmalı. Diyetle uyumsuzluk durumlarında ve manipülatif davranışlarda yargılayıcı olunmamalı (Woo, 1986; Omizo and Oda, 1988; Beumont et al., 1997; Williams and O'Connor, 2000; Herrin, 2003).

Empati gösterilmeli. Altta yatan psikolojik inançlar anlaşılmaya çalışılmalı. Yeme davranışında ve egzersizde değişiklik yapmanın ne kadar zor olduğunu kabul edilmeli (Willard et al., 1983; O'Connnor et al., 1988; Omizo and Oda, 1988; Herrin, 1999).

Hastayla iş birliği yapılmalı. Hasta yemek planlamasına aktif olarak dahil edilmeli. Besinlerle ilgili olarak hastanın kendisinin karar vermesine yardımcı olunmalı (Willard et al., 1983; Baird and Sights, 1986; Rock and Yager, 1987; Herrin, 1999).

Danışana broşürler, makaleler aracılığıyla bilgi sunulmalı. Davranış değişikliğinin önündeki engeller tartışılmalı, değişimin artıları ve eksilerini incelenmeli (Baird and Sights, 1986; Herrin, 2003; Cairns and Milne, 2006).

Hedef belirlenmeli. Her görüşmeden başarabileceklerinden emin oldukları bir hedefle ayrılmaları sağlanmalı. Hastaya spesifik, ayrıntılı ve hastayla ilgili davranışsal ödevler verilmeli. Hedeflerin her birinin hastaya nasıl fayda sağlayacağı netleştirilmeli (Whisenant and Smith, 1995; Herrin, 1999; Herrin, 2003; ADA, 2006).

Mizah duygusu korunmalı. Diyetisyen, kendinden emin, kararlı, tutarlı ve otoriter olmalı. Hastanın ikilemleri hakkında sakın kalınmalı. Güç mücadelelerinden kaçınılmalı. İkna edici ve meraklı olunmalı. Güvenilirlik oluşturulmalı. Sıcak, açık, sabırlı ve cesaret verici olunmalı (Woo, 1986; Omizo and Oda, 1988; Beumont et al., 1997; Herrin, 1999; Herrin, 2003; Cairns and Milne, 2006).

Hastaların yemekle duygusal ilişkisi ve yemek ile ilgili korkuları keşfedilmeli. Problem çözme tekniklerini kullanılmalı (Whisenant and Smith, 1995; Williams and O'Connor, 2000; Herrin, 2003).

Psikolojik konulara odaklanmak için beslenme danışmanlığını kullanan hasta için tetikte olunmalı (Herrin, 1999).

Danışan görüşmeler arasında tartılmamalı (O'Connor et al., 1988; Herrin, 1999). Hastaya en az kaygı uyandıran gıdalardan en çok kaygı uyandıran gıdalara doğru bir yeme hiyerarşisi oluşturulmalı (Ashley and Crino, 2010).

Psikoterapi sırasında daha derinlemesine ele alınabilecek duygular (örneğin; zayıf benlik saygısı, kontrolü kaybetme korkusu) ve gıda arasındaki bağlantıları belirleyebilmek için danışanın kendi kendini izlemesi sağlanmalı. Aşırı yemeyi azaltmak için; tıknircasına yemeyi teşvik eden yiyeceklere erişimi sınırlanmalı (Laessle et al., 1991; Hsu et al., 1992; Williams and O'Connor, 2000; Salvy and McCargar, 2002).

Hastanın yaşadığı tıknırcasına yeme döneminden sonra, mümkün olan en kısa sürede belirlenen yemek planına geri dönmesi sağlanmalı (Herrin, 1999; Salvy and McCargar, 2002). Yemek yeme esnasında mevcut olan yiyecek miktarı sınırlanmalı ve yemek artıklarını atılmalı (Salvy and McCargar, 2002). Öğünlerin veya atıştırmalıkların atlanması önlenmeli (Salvy and McCargar, 2002). Büyük paketlerden yiyecek tüketilmesinden kaçınılmalı (O'Connnor et al., 1988). Durumlar ve yeme tepkisi arasındaki kontrolün yeniden kazanılması için sağlıklı başa çıkma davranışlarını öğretilmeli (Laessle et al., 1991).

Alışveriş, yemek hazırlama ve pişirme konusunda tavsiyelerde bulunulmalı. Hastaların yemek yemenin sosyal yönünü ve yemek ile kültür arasındaki ilişkiyi anlamalarına yardımcı olunmalı. Bir restorana/kafeye gitme, grup halinde yemek yeme ve özel durumlar için alıştırma yapılmalı (Laessle et al., 1991; Hsu et al., 1992; Kirk, 1993; Merriman, 1996; ADA, 2006; Hart et al., 2008; Cockfield and Philpot, 2009; Ashley and Crino, 2010).

Hastaya açlık ve tokluk ipuçları öğretilmeli, bu konudaki farkındalıkları artırılmalı (Sunday and Halmi, 1996; Williams and O'Connor, 2000). İştah, biyolojik ihtiyaçları doğru bir şekilde yansıtabilmesi için doğru yönetilmeli (Herrin, 2003).

Kontrol ve tutarlılık duygusu elde edilmesi için hastanın planlanmış ve güvenli bir yemek ortamına sahip olması gerekmektedir. Hastaların yemeyi reddedebilecekleri gıdalara sınırlamalar koyulmalıdır. Veganlık gibi durumlar sınırlandırılmalıdır. Gerçek hoşnutsuzluklar anoreksik isteksizliklerden ayırt edilebilmelidir. Gıda alerjileri yalnızca tıbbi olarak endike olduğu durumlarda kabul edilmelidir. Hasta, hastaneye kendi yiyecek ve içeceklerini getirmemelidir. Kafeinli içeceklerin aşırı kullanımını sınırlandırılmalıdır. Açlığı yönetme stratejilerinden uzak bir diyet teşvik edilmeli (Huse and Lucas, 1983; Kreipe and Kidder, 1986; Rock and Yager, 1987; Beumont et al., 1988; Rock and Kaye, 2001; Winston et al., 2005; Hart et al., 2008; Schebendach et al., 2008).

Diyete aşırı miktarda yiyecek eklemekten kaçınılmalıdır (Huse and Lucas, 1983; Woo, 1986). Diş hastalığı şiddetliyse, diyetle yumuşak yiyecekler yer verilmeli; asitli yiyecekler, tuzlu yiyecekler sınırlanmalı, çok sıcak ya da çok soğuk besinlere yer verilmemelidir (Winston et al., 2005).

Şişkinlik hissinin azaltılması için az az ve sık sık beslenilmeli. Yeterli miktarda mikro besin ögelerini içeren çeşitli yiyeceklerle enerji artırılmalı. Doyurucu olmaları, yoğun kalori içermemeleri ve mide boşalmasını geciktirici etkileri nedeniyle çiğ meyve ve sebzelerin miktarı azaltılmalı (Woo, 1986; Rock and Yager, 1987; Davies and Jaffa, 2005; Herrin, 2005; Winston et al., 2005).

Kabızlığa yardımcı olmak amacıyla tam tahıllar ve kepeğe yer verilmeli (Woo, 1986; Rock and Yager, 1987). Hastalara, vücutları yiyeceğe alışırken (Winston et al., 2005) 2-3 hafta boyunca aşırı tok hissedebilecekleri belirtilmeli ve hasta tokluktan bağımsız bir şekilde yemek yemeye teşvik edilmeli (Woo, 1986; Herrin, 2005). Yoğurt, kilo alımından bağımsız olarak immünolojik belirteçleri iyileştirebileceğinden diyetle yoğurda yer verilmeli (Nova et al., 2006). Sıvı ve elektrolit dengesi için aşırı sodyum alımından kaçınılmalı (Winston et al., 2005).

Her yemekten bir saat sonra yemek denetimi yapılmalı. Hastanın belirli bir zaman diliminde ne yemesi gerektiğine dair kesin sınırlar belirlenmeli (Krahn et al., 1993; Couturier and Mahmood, 2009).

Takıntılı davranış (yani hassas yiyecek ölçümü) ve sofrada adabı (yani parmaklarla yemek yeme, sıra dışı yiyecek kombinasyonları, az miktarda yemek yeme, yemek odasında uygunsuz hareket etme, yemekten hoşlanmama) denetimi yapılmalı. Klinisyenlerin yeme ve kilo konusundaki sağlıklı tutumları, sosyal öğrenme deneyiminin önemli bir parçasıdır. Yiyecek tüketimi teşvik edilirken aynı zamanda hastanın verdiği mücadeleye yönelik empati ve anlayış sağlanmalıdır (Wilson et al., 1985; Beumont et al., 1988; Salvy and McCargar, 2002; Couturier and Mahmood, 2009; Ashley and Crino, 2010).

Diyetisyenler için uygulama kılavuzları, beslenme danışmanlığının yeme bozukluklarında tek tedavi olmaması gerektiğini vurgulamaktadır (Serfaty et al., 1999; Sundgot Borgen et al., 2002).

2.11. Yeme Bozukluklarında Farmakoterapi

Anoreksiya nervozada ilaç kullanımı, yeniden beslenmeyi kolaylaştırmak amacıyla kaygıyı ya da duygudurum semptomlarını hafifletmeye odaklanmaktadır (Zerbe, 2008).

Anoreksiya nervoza tedavisinde antipsikotikler kullanılabilmektedir. Yapılan çalışmalarda olanzapin ile ilişkili olumlu sonuçlar bulunmuştur (Mondraty et al., 2005; Brambilla et al., 2007; Bissada et al., 2008). Olanzapin alan grupta kilo alımı ve obsesif semptomlarda azalma görülmüştür (Bissada et al., 2008). Aripiprazol kullanan hastalarda ise yeme ile ilişkili anksiyete azalmış ve kilo alımı görülmüştür (Trunko et al., 2011).

Yapılan bir çalışmada, AN tedavisinde sedatif bir antidepresan olan mirtazapinin kilo alımını sağladığı görülmüştür (Schüle et al., 2006).

Blumia nervoza tedavisinde fluoksetin, Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) onayına sahip tek ilaçtır. Farmakoterapinin, Bilişsel Davranışçı Terapi ile güçlendirildiğinde BN hastalarında yeme bozukluğu davranışını azalttığı ve ruh halini iyileştirdiği görülmektedir (Powers and Bruty, 2008). Blumia nervozada farmakoterapi yeme bozukluğu davranışını azaltmakta ve ruh halini iyileştirmektedir (Zhu and Walsh, 2002).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tedavisinde FDA onayına sahip tek ilaç lisdeksamfetamindir (Bello and Yeomans, 2018).

Tedavilerin etkinliğine rağmen, birçok hastada yeme bozuklukları nüks edebilmektedir. Yapılan bir meta-analize göre, BN için başvurudan 5-10 yıl sonra, hastaların yaklaşık %50'si tam iyileşme sağlarken %20'sinin BN için tam kriterleri karşılamaya devam ettiği görülmüştür. Hastaların %30'unun ise bulimik semptomlarda nüks yaşandığı görülmüştür (Keel and Mitchell, 1997).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada yeme bozuklukları, yeme davranışı ve beden algısının beslenme durumu ile ilişkisinin saptanması ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir:

Hipotezler:

H1: Yeme davranışlarının vücut algısı üzerinde etkisi vardır.

H1₁: Bilişsel kısıtlamanın vücut algısı üzerinde etkisi vardır.

H1₂: Kontrolsüz yemenin vücut algısı üzerinde etkisi vardır.

H1₃: Duygusal yemenin vücut algısı üzerinde etkisi vardır.

H2: Yeme davranışlarının yeme tutumu üzerinde etkisi vardır.

H2₁: Bilişsel kısıtlamanın yeme tutumu üzerinde etkisi vardır.

H2₂: Kontrolsüz yemenin yeme tutumu üzerinde etkisi vardır.

H2₃: Duygusal yemenin yeme tutumu üzerinde etkisi vardır.

H3: Yeme davranışları, cinsiyet, yaş, BKİ, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve gelirine göre farklılaşmaktadır.

H4: Yeme tutumu; yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve gelirine göre farklılaşmaktadır.

H5: Vücut algısı; yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve gelirine göre farklılaşmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Çalışma İstanbul'un Maltepe ilçesindeki özel bir diyet danışmanlığı ofisinde, 1 Temmuz 2022- 1 Kasım 2022 tarihleri arasında izlenmekte olan çalışmaya

katılmayı kabul eden, soruları eksiksiz cevaplayan, 18-25 arası bireyler ile yapılmıştır.

Güç analizi hesaplanması amacıyla, G*Power bilgisayar programı (Faul et al., 2007) kullanılmıştır. Çoklu Lineer Regresyon Analizi (Linear Multiple Regression Analysis)'nin, orta etki büyüklüğü ($f^2=0.15$), %80 güç ve %5 tip I hata düzeyinde yapılabilmesi amacıyla gerekli örneklem grubunun en az 77 kişi olması gerektiği bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 1 Temmuz 2022- 1 Kasım 2022 tarihleri tarihleri arasında başvurmak, 18- 25 yaş arasında olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek ve tüm soruları eksiksiz yanıtlamaktır.

Çalışmadan dışlanma kriterleri; 1 Temmuz 2022- 1 Kasım 2022 tarihleri arasında başvurmuş olmamak, 18-25 yaş aralığının dışında olmak, yeme bozukluğu tanısı almış olmak, gebe olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmemek ve soruları eksik yanıtlamaktır.

Örnekleme yöntemi amaçlı örneklemedir.

Çalışma gözlemsel- tanımlayıcı- kesitsel türdedir.

Katılımcılara Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Ek 6) okunmuş ve katılımcılardan onam alınmıştır. Bu çalışma Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 29.06.2022'de 'Etik Kurul İzni' almıştır (Ek 7). 15.06.2022 tarihinde "Kurum İzni" alınmıştır (Ek 8).

Anket literatür taranarak oluşturulmuştur. Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Telefonla görüşme yöntemiyle kişilerden tek tek bilgi alınmıştır. Kişilerin bilgilendirilmesi sözlü bir şekilde yapılmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Kullanılan Form ve Ölçekler

Kişilerin sosyo-demografik özelliklerinin ve kendi beyanlarıyla belirtmiş oldukları antropometrik ölçümlerin saptanacağı Genel Bilgiler Formu (Ek 1), Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (TFEQ-Tr21) (Ek 2), Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) (Ek 3),

Vücut Algısı Ölçeği (Ek 4) ve 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketim Kaydı (Ek 5) kullanılmıştır.

Vücut Algısı Ölçeği kullanım izni, İsmail Selim Hovardaoğlu'ndan e- posta aracılığıyla alınmıştır.

3.3.1.1. Genel bilgiler formu

Cinsiyet, yaş, boy, ağırlık, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, yaşadığı yer, sigara/ alkol kullanım durumu ve miktarı, sıklığı, geliri, kronik hastalık durumu, fiziksel aktivite durumu, kilodan memnuniyet, genel beslenmenin değerlendirilmesi, diyet geçmişi, diyetin kimi kontrolünde yapıldığı gibi soruları içermektedir. Bu anket araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır.

Kişinin beyan ettiği kilosu ve boyu üzerinden BKİ hesaplaması yapılmıştır.

$$BKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy uzunluğu (m}^2\text{)}$$

Sonuçlar, DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre kategorize edilmiştir. Buna göre, BKİ'si 18,5–24,99 kg/m² olanlar normal, 25,0–29,99 kg/m² olanlar fazla kilolu, $\geq 30\text{kg/m}^2$ olanlar obez olarak sınıflandırılmıştır (World Health Organization, 2000).

3.3.1.2. Üç faktörlü yeme ölçeği (TFEQ- Tr21)

Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (Three Factor Eating Questionnaire- TFEQ), 1985 yılında Stunkard ve Messick'in yemenin biliş ve davranış düzeyindeki etkilerini ölçme amacıyla geliştirmiş olduğu 51 maddeden oluşan bir ölçektir (Stunkard and Messick, 1985).

Üç Faktörlü Yeme Ölçeği'nin iki bölümü bulunmaktadır. İlk bölümde; evet/hayır formatında 36 madde yer almaktadır. İkinci bölümün 14 maddesi dörtlü likert biçimde, 1 maddesi ise sekizli likert yapıdadır (Stunkard and Messick, 1985). Daha sonra TFEQ düzenlenerek 21 maddeden oluşan ölçek (Three Factor Eating Questionnaire Revised 21 items –TFEQ- R21) kullanılmıştır (Tholin et al., 2005). Karakuş ve ark. (2016) tarafından Üç Faktörlü Yeme Ölçeği'nin düzenlenen 21 maddeden oluşan formu (TFEQ-R21) Türk kültürüne uyarlanmıştır. TFEQ-R21 yeme davranışını üç alt faktör ile ölçmektedir. Bunlar; “duygusal yeme”, “bilişsel kısıtlama” ile “kontROLSÜZ yeme” dir.

Anketin ilk bölümü; cinsiyet, eğitim durumu, meslek, vücut ağırlığı, en fazla kazanılan ağırlık, boy, yaş, gelir durumu, gelirin beslenme için ayrılan kısmı, diyet yapma durumu, yeme alışkanlıkları, sigara kullanım alışkanlıkları ve anne sütü alma durumu gibi soruları içermektedir.

Anketin ikinci bölümünde, 21 madde ve ek olarak 8 madde bulunmaktadır. 21 madde de dörtlü likert yapıdan oluşmaktadır.

Üç Faktörlü Yeme Ölçeği'nin düzenlenen 21 maddeden oluşan formu (TFEQ-R21)'in alt faktörlerinden Kontrolsüz yeme (KY), 9 madde içermektedir, dışsal bir faktör varlığında ve acıkma durumunda yeme üzerindeki kontrol kaybı yatkinlığının derecesini belirtmektedir. Duygusal yeme (DY), 6 madde içermektedir, olumsuz ruh hali durumlarında görülen aşırı yeme durumunu ölçmektedir (Tholin et al., 2005). Bilişsel kısıtlama (BK), 6 madde içermektedir, vücut şekli ve ağırlığını koruma hedefiyle besin alımını kontrol etme yatkinlığını değerlendirmektedir.

Ölçeğin KY alt faktöründen alınabilecek puan aralığı 9-36 iken BK ve DY alt faktörlerinden alınabilecek puan aralığı 6-24'tür. Yeme davranışı görülmesi, o alt faktörden alınan puanla orantılıdır (Tholin et al., 2005). BK, DY ve KY için Cronbach Alpha katsayı değerleri sırasıyla 0,80, 0,87, 0,787'dir. Türk toplumuna göre düzenlenen ölçek (TFEQ-Tr21), yeme davranışlarını saptamaya yardımcı, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçüm yöntemidir (Karakuş ve ark., 2016). Ölçeklerden alınan puanların daha kolay değerlendirilmesi için dönüştürülmüş ölçek puanları kullanılmaktadır, üç yeme davranışı 0-100 arasındaki puanlama ile derecelendirilmektedir. Ölçeklerden yüksek puan almak, o alt ölçekteki yeme davranışının yüksekliğini belirtmektedir (Karlsson et al., 2000).

3.3.1.3. Yeme tutum testi- 26 (YTT-26)

Yeme Tutum Testi- 40 (YTT- 40), 1979 yılında Garner ve Garfinkel'in (Garner and Garfinkel, 1979) geliştirdiği 40 maddeden oluşan bir ölçektir. 1982 yılında ise Garner, Olmstad, Bohr ve Garfinkel (Garner et al., 1982) tarafından yeniden düzenlenerek, 26 maddeye dönüştürülmüştür. Anoreksiya nervozada var olan tutum ve davranışların değerlendirilmesini sağlamaktadır.

Türkiye’de Savaşır ve Erol (1989) tarafından 40 soruluk ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ergüney- Okumuş ve Sertel- Berk (2020) tarafından ise 26 maddelik kısa form Türkçeye uygun hale getirilmiştir.

Yeme Tutum Testi- 26 (YTT- 26) ’da üç farklı bölüm (A, B, C) yer almaktadır. Bu bölümlerde; 7 soru demografik bilgiler, 26 soru yeme alışkanlıkları ve 5 soru da yeme davranışlarıyla ilgilidir. Ölçeğin B bölümünde, “3 = Daima, 2 = Çok sık, 1 = Sık sık, 0 = diğer cevaplar (Bazen, nadiren, hiçbir zaman)” olarak belirlenmiştir. 26. soruda ters puanlama yapılmaktadır. “1 = Bazen, 2 = Nadiren ve 3 = Hiçbir zaman” olarak puanlanır, diğer seçenekler ise 0 puan’dır. A bölümünde kişinin demografik bilgileri, en düşük ve en yüksek kilo bilgileri, vücut ağırlığı ve boyu sorulmaktadır. Bu kısım yeme bozukluğu tanısı açısından önemlidir. C bölümünde son 6 aylık dönem içerisindeki yeme davranışı bozulmaları sorgulanmaktadır. Ölçekte yalnızca B bölümü puanlamaya dahil edilmekte ancak A ve C bölümleri ise var olan yeme davranış bozukluklarının değerlendirilmesine yardımcı olabilmektedir (Ergüney- Okumuş ve Sertel- Berk, 2020).

Ölçeğin orijinali 3 faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler; “yemeyi kontrol”, “diyet yapma” ve “bulimia ve yeme meşguliyeti”dir. 20 ve üzerinde puan alınması durumu yeme davranışlarında bozulmayı göstermektedir (Garner et al., 1982).

Yeme Tutum Testi- 26’da “yeme meşguliyeti”, “kısıtlama”, “sosyal baskı” olmak üzere 3 faktör bulunmaktadır. Yeme meşguliyeti faktörü, bireyin yeme ve bedenine dair düşüncelerinin zihnini çok fazla meşgul etmesini belirtir. Kısıtlama faktörü; bireyin diyet yapma, yiyecek miktarını sınırlama ve bazı yiyeceklerden kaçınmasına yönelik davranışlarını belirtir. Sosyal baskı faktörü, bireyin başkalarıyla yemek yerken zorlanmasını, yemek ve bedenle ilgili başkalarının düşüncelerine karşı tutumlarını belirtmektedir. YTT-26’nın Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,84’tür (Ergüney- Okumuş ve Sertel- Berk, 2020).

3.3.1.4. Vücut algısı ölçeği

Kişilerin vücut bölgeleri ve vücut işlevlerinden memnuniyet derecesini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Secord ve Jouard tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir. Üniversiteli kadın ve erkeklerden oluşan gruplara uygulanmıştır (Secord and Jouard, 1953). Türkçe uyarlaması ise Hovardaoğlu (1993) tarafından yapılmıştır. 40 maddeden oluşan ölçek 5’li likert tipi formatındadır. Bir organ veya

vücudun bir bölgesi (el, ayak, burun vb.) veya bir vücut fonksiyonu (ağrıya dayanıklılık vb.) ile ilgili 40 maddeden oluşmaktadır. Likert tipinde, “hiç beğenmiyorum” ile “çok beğeniyorum” arasında değişen yanıtlardan oluşan 40 maddelik bir ölçektir. Ölçekten alınan puan 40 ile 200 arasında değişmektedir. Puanın artması olumlu beden algısının da arttığını göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 135’tir, bu puan ve bu puanın altında puan alınması beden algısı düşüklüğünü, 135 üzerinde puan alınması ise yüksek beden algısını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0,88 olarak belirlenmiştir (Hovardaoğlu, 1993).

3.3.1.5. 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı

Tablo 3.1. 18-25 yaş arası bireylerin Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022)’ye göre enerji ve besin öğelerinin referans tüketim düzeyleri

	Erkek	Kadın
Enerji (kkal)	2558	2041
Protein (g)	74.8	62.4
Protein (%)	%10-20	%10-20
Yağ (g)	-	-
Yağ (%)	%20-35	%20-35
Kolesterol (mg)	200	200
Karbonhidrat (g)	130	130
Karbonhidrat (%)	%45-60	%45-60
Diyet lifi (g)	25	25
A vitamini (mcg)	750	650
D vitamini (mcg)	15	15
E vitamini (mg)	13	11
K vitamini (mcg)	70	70
Tiamin (mg) (/1000 kkal)	0,4	0,4
Riboflavin (mg)	1,6	1,6
Niasin (mg) (/1000 kkal)	6,6	6,6
Folik asit (mcg)	330	330
B ₁₂ vitamini (mcg)	4	4
C vitamini (mg)	110	95
Kalsiyum (mg)	100	100
Magnezyum (mg)	350	300
Potasyum (mg)	3500	3500
Demir (mg)	11	16
Çinko (mg)	12,9	10,1

Danışanların geriye dönük 24 Saatlik öğünlerini hatırlamaları istenmiştir, bu şekilde besin tüketim kayıtları alınmıştır. Öğünler; sabah, kuşluk, öğle, ikindi, akşam, gece olarak ayrılmıştır. Tüketilen besinlerin enerji ve besin öğelerinin analizi için BeBiS Öğrenci 8.2 Programı kullanılmış ve sonuçlar TÜBER- 2022’de yer alan Diyet Referans Alımı (DRI) değerleri ile karşılaştırılmıştır (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022).

3.3.2. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizlerin tümü IBM SPSS 22 programı ile %95 güven aralığında ve %5 hata payında yapılmış olup araştırma neticesinde 18-25 yaş arası erişkin bireylerden elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, maksimum, minimum, frekans (f), ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS) ve yüzde (%) olarak belirtilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım gösteriyorsa Bağımsız Örneklem t Test ve ANOVA, normal dağılım görülmediği durumlarda Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi ile incelenmesi planlanmıştır. Verilerin değerlendirilme aşamasından önce, normal dağılıma uygunlukları test edilmiş ve normal dağılım gösteren veriler parametrik, normal dağılım göstermeyen veriler için parametrik olmayan testler yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen iki parametrenin karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen en az üç grup karşılaştırılırken Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bağımsız iki kategorik değişkenin arasındaki ilişki Ki Kare testi ile değerlendirilmiştir. İki sayısal parametrenin ilişkisini saptamak amacıyla iki değişkenli korelasyon testi kullanılmıştır. Bu çalışmada, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir (Sümbüloğlu, 2016).

4. BULGULAR

Bu çalışma, İstanbul’da özel bir beslenme ve diyetetik danışmanlık ofisine başvuran, 18-25 yaş aralığındaki bireylerin; yeme bozukluğu, yeme davranışı ve beden algısının beslenme durumuyla ve birbirleriyle arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planmış ve 77 (K: %81,8, E: %18,2) bireyin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	63	81,8
Erkek	14	18,2
Toplam	77	100.0
Yaş (yıl)		
18-22	36	46,8
23-25	41	53,2
$\bar{x} \pm SS$ (yıl)	22,5 $\pm$ 2,27	
Medeni durum		
Evli	11	14,3
Bekar	66	85,7
Eğitim durumu		
Ortaöğretim	1	1,3
Lise	14	18,2
Ön lisans	16	20,8
Lisans	35	45,5
Lisansüstü	11	14,3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	40	51,9
Çalışmıyor	37	48,1
Gelir durumu		
<2.500 TL	24	31,2
2.500-5.000 TL	17	22,1
5.001-10.000 TL	19	24,7
$\geq$ 10.001 TL	17	22,1

Tablo 4.1.’de bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin yaş ortalaması 22,5 $\pm$ 2,27 yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %14,3’ü evli, %84,7’si bekar olduğunu belirtmiştir.

Bireylerin %45,5'i lisans düzeyinde, %19,5'i ise lise ve altı düzeyde eğitim aldığını belirtmiştir.

Çalışan ve çalışmayan bireylerin oranı sırasıyla %51,9 ve %48,1 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların %31,2'si 2500 TL'den az bir gelire, %22,1'i 2500-5000 TL arası bir gelire, %24,7'si 5001-10000 TL arası bir gelire, %22,1'i 10001 TL ve üzeri bir gelire sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıkları

	n	%
Hastalık durumu		
Var	16	20,8
Yok	61	79,2
Hastalık		
Nörolojik hastalıklar	4	5,2
Psikolojik hastalıklar	3	3,9
Solunum sistemi hastalıkları	2	2,6
Sindirim sistemi hastalıkları	1	1,3
Endokrin hastalıkları	2	2,6
Böbrek hastalıkları	2	2,6
Vitamin, mineral yetersizliği	2	2,6
Diyabet	1	1,3
Sigara kullanma durumu		
Evet	23	29,9
Hayır	54	70,1
$\bar{x} \pm SS$ (adet/gün)		13,7 $\pm$ 9,30
Alkol kullanma durumu		
Evet	34	44,2
Hayır	43	55,8
Alkol türü		
Bira	11	32,4
Şarap	8	23,5
Viski	4	11,8
Cin	3	8,8
Rakı	2	5,9
Votka	2	5,9
Alkol sıklığı		
Ayda birden az	15	19,5
Haftada 1-2	15	19,5
Haftada 3-4	4	5,2
Fiziksel aktivite yapma durumu		
Yapıyor	38	49,4
Yapmıyor	39	50,6
$\bar{x} \pm SS$ (dk/hafta)		204,0 $\pm$ 146,91

Tablo 4.2.'de bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıklarına dair bilgilerin dağılımı verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin %20,8'i hastalığı olduğu belirtmiştir. Hastalığı olan bireylerin en çok oranla (%5,2) sahip olduğu hastalık nörolojik hastalıklar iken %1,3 oranında birey diyabeti olduğu belirtmiştir.

Bireylerin %29,9'u sigara, %44,2'si alkol kullandığını belirtmiştir. Sigara kullanan bireylerin günlük olarak ortalama 13,7 $\pm$ 9,30 adet sigara tükettiği

belirlenmiştir. Alkol tüketen bireylerin ise %19,5'inin ayda birden az, %19,5'inin haftada 1-2 kez alkol tükettiği belirlenmiştir.

Bireylerin %49,4'ü düzenli fiziksel aktivite yaptığını, aktivite yapanların ise haftalık ortalama $204,0 \pm 146,91$ dakika aktivite yaptığı hesaplanmıştır.

Tablo 4.3. Bireylerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve durumlarının dağılımı

	n	%
Vücut ağırlığı memnuniyeti		
Evet	12	15,6
Hayır	49	63,6
Bazen	16	20,8
Genel beslenme değerlendirmesi		
Çok iyi	3	3,9
İyi	11	14,3
Orta	40	51,9
Kötü	23	29,9
Diyet uygulama durumu		
Evet	54	70,1
Hayır	23	29,9
Diyet yönetimini sağlayan kişi		
Diyetisyen	35	45,5
Kendi başına	19	24,7
İdeal kilo ve mevcut kilo uyumu		
İdeal gördüğü ağırlıktan eksik	7	9,1
İdeal görünen ağırlıkta	6	7,8
İdeal gördüğü ağırlıktan fazla	64	83,1

Tablo 4.3.'te bireylerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve durumlarının dağılımları verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin %63,6'sı mevcut ağırlıklarından memnun olmadıklarını belirtmiştir.

Genel beslenmesini ortalamanın üzerinde olarak tanımlayan bireylerin oranı %18,2 iken %29,9 oranında birey ortalamanın altında bir beslenme değerlendirmesi yapmıştır.

Bireylerin %70,1'i daha önce diyet uyguladıklarını, %45,5'i ise bu diyetin yönetiminin bir diyetisyen tarafından yapıldığını belirtmiştir.

Bireylerin mevcut vücut ağırlığının, ideal görünen vücut ağırlığıyla uyumu incelendiğinde ise %83,1 oranında bireyin kendisi için ideal gördüğü ağırlığın üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalaması

	Kadın (n:63)				Erkek (n:14)				p^M
	$\bar{x} \pm SS$	Medyan	Alt	Üst	$\bar{x} \pm SS$	Medyan	Alt	Üst	
Boy uzunluğu (cm)	164,6±6,72	165,0	150,0	188,0	178,1±6,62	178,0	165,0	188,0	0,000*
Vücut ağırlığı (kg)									
Mevcut vücut ağırlığı	69,5±15,46	69,0	44,0	125,0	77,1±13,36	81,0	53,0	96,0	0,034*
En düşük vücut ağırlığı	58,7±12,27	56,0	39,0	100,0	71,6±12,19	72,0	50,0	88,0	0,001*
En yüksek vücut ağırlığı	76,5±18,96	73,0	44,0	135,0	80,3±14,03	84,0	55,0	97,0	0,163
İdealindeki vücut ağırlığı	57,3±7,51	56,0	43,5	85,0	73,6±9,41	75,5	52,0	85,0	0,000*
BKİ (kg/m²)									
Mevcut BKİ	25,6±5,05	25,0	16,2	44,0	24,3±4,13	24,8	17,5	30,1	0,484
En düşük BKİ	21,6±3,95	21,1	15,2	37,6	22,6±3,86	23,0	16,5	29,4	0,325
En yüksek BKİ	28,1±6,10	27,4	17,2	48,4	25,3±4,50	26,0	18,2	33,1	0,139
İdealindeki BKİ	21,1±1,69	21,1	17,2	24,8	23,2±2,42	23,6	17,2	25,8	0,001*
İdeal ve gerçek VA farkı	12,2±10,73	10,5	-7,0	52,0	3,4±7,81	2,50	-10,0	17,0	0,005*

BKİ: Beden Kütle İndeksi, VA: Vücut Ağırlığı, *Mann-Whitney U testi

Bireylerin cinsiyete göre antropometrik verilerinin ortalamaları Tablo 4.4.'te yer almaktadır. Bu tablo, kadınların mevcut vücut ağırlıklarının, kendileri için ideal olduğunu düşündükleri vücut ağırlığından ortalama $12,2 \pm 10,73$ kg, erkeklerin ise ortalama $3,4 \pm 7,81$ kg fazla olduğunu göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda bu iki ortalama arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$), kadınların erkeklere kıyasla kendi vücut ağırlıklarını ideale göre daha fazla olarak değerlendirdiği görülmüştür.

Kadın ve erkek bireylerin mevcut BKİ değerlerinin ortalaması sırasıyla; $25,6 \pm 5,05$ kg/m² ve $24,3 \pm 4,13$ kg/m² olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farklılığın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 4.5. Bireylerin cinsiyete göre antropometrik değer sınıflamasının dağılımı

	Kadın (n:63)		Erkek (n:14)		Toplam (n:77)		p ^K
	n	%	n	%	n	%	
BKİ sınıflaması							
Zayıf (<18,5 kg/ m ²)	4	6,3	1	7,1	5	6,5	0,960
Normal (18,5-24,9 kg/ m ²)	27	42,9	7	50,0	34	44,2	
Fazla kilolu (24,9-29,9 kg/ m ²)	22	34,9	4	28,6	26	33,8	
Obez (≥ 30 kg/ m ²)	10	15,9	2	14,3	12	15,6	

BKİ: Beden Kütle İndeksi, K: Ki kare testi,

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ sınıflaması Tablo 4.5.'te verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin %6,5'inin zayıf, %44,2'sinin normal BKİ değerine sahip olduğu belirlenmiştir. Fazla kilolu ve obez bireylerin oranının sırasıyla; %33,8 ve %15,6 olduğu saptanmıştır. Yapılan ki kare analizi sonucunda BKİ sınıflaması ve cinsiyet arasında istatistiksel anlam içeren bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.6. Bireylerin günlük enerji ve besin öğeleri alım miktarları ortalama değerleri ve DRI karşılama yüzdesi

Enerji ve Besin Öğeleri	Kadın		Erkek		Toplam		p ^M
	$\bar{x} \pm SS$	DRI%	$\bar{x} \pm SS$	DRI%	$\bar{x} \pm SS$	DRI%	
Enerji (kkal)	1229,8±516,24	60,3	2054,6±1009,19	80,3	1379,8±702,96	64,6	0,005*
Protein (g)	48,2±20,50	77,3	84,8±46,13	113,4	54,9±30,14	84,9	0,011*
Protein (%)	16,7±5,39	→	17,6±9,29	→	16,9±6,21	→	0,751
Yağ (g)	62,6±31,32	-	79,2±41,52	-	65,6±33,71	-	0,166
Yağ (%)	44,9±9,99	↑	33,6±6,58	→	42,9±10,41	↑	0,000*
Kolesterol (mg)	319,4±187,77	159,7	324,5±285,84	162,2	320,4±206,74	160,2	0,644
Karbonhidrat (g)	115,8±58,29	89,1	240,7±136,36	185,1	138,5±91,11	106,6	0,000*
Karbonhidrat (%)	38,4±10,84	↓	47,8±12,77	→	40,1±11,70	↓	0,005*
Diyet lifi (g)	12,9±6,09	51,4	18,5±10,72	74,1	13,9±7,40	55,5	0,063
A vitamini (mcg)	1947,1±6111,02	299,6	1082,1±1367,87	144,3	1789,9±5558,61	267,9	0,707
D vitamini (mcg)	3,1±2,55	20,8	3,8±3,70	25,4	3,2±2,78	21,6	1,000
E vitamini (mg)	9,4±6,31	85,4	10,4±7,02	80,2	9,6±6,41	84,3	0,702
K vitamini (mcg)	77,2±59,16	110,3	131,4±156,96	187,8	87,1±86,67	124,4	0,383
Tiamin (mg)	0,6±0,31	122,4	1,0±0,60	82,4	0,7±1,09	78,6	0,028
Riboflavin (mg)	1,3±1,16	78,3	1,4±0,72	84,8	1,3±1,09	79,5	0,318
Niasin (mg)	18,5±10,03	228,1	31,0±19,40	227,9	20,7±13,05	227,0	0,039*
Folik asit (mcg)	236,3±214,19	71,6	279,6±150,12	84,7	244,2±203,87	74,0	0,178
B ₁₂ vitamini (mcg)	6,6±18,31	163,9	4,9±3,87	122,3	6,3±16,63	156,4	0,322
C vitamini (mg)	65,5±40,94	69,0	96,8±83,62	88,0	71,2±52,06	72,9	0,312
Potasyum (mg)	1813,5±808,91	51,8	2642,5±1283,86	75,5	1964,2±958,82	56,1	0,029*
Kalsiyum (mg)	485,7±220,60	48,6	652,4±408,32	65,2	516,0±269,09	51,6	0,291
Magnezyum (mg)	182,4±81,08	60,8	308,7±144,65	88,2	205,4±106,52	66,4	0,017*
Demir (mg)	7,3±3,84	45,7	12,0±6,54	109,5	8,2±4,76	54,1	0,015*
Çinko (mg)	7,1±3,29	70,4	11,5±6,37	89,1	7,9±4,32	74,5	0,020*

M: Mann Whitney U Testi, *p<0,05, ↑: Ortalama tüketim değeri referans aralığın üzerinde, ↓: Ortalama tüketim değeri referans aralığın altında, →: Ortalama tüketim değeri referans aralığında

Bireylerin tükettikleri enerji ve besin öğelerinin ortalaması ve DRI karşılama yüzdeleri Tablo 4.6.'da verilmiştir. Bu tabloya göre kadın ve erkek katılımcıların tükettiği enerji değeri ortalaması sırasıyla 1229,8±516,24 kkal ve 2054,6±1009,19 kkal olarak belirlenmiştir. Erkeklerin tükettiği enerji kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuş ve bu farklılığın istatistiksel anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (p<0,05).

Erkekler TÜBER 2022 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022) referans değerine göre tüketmesi gereken enerjinin %80,4'ünü karşılarken, kadınlarda bu karşılama yüzdesi %60,3 olarak belirlenmiştir.

Kadınların tükettiği enerjinin karbonhidrat (%), protein (%) ve yağ (%) değerleri sırasıyla; %38,4, %16,7 ve %44,9 iken bu oranlar erkeklerde sırasıyla; %47,8, %17,6 ve %33,6 olarak belirlenmiştir. Tüketilen enerjinin protein (%) değeri cinsiyetler arası benzer bir sonuç verirken, erkeklerin karbonhidrat (%), kadınların ise yağ (%) değeri anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur (p<0,05).

Erkeklerin makro besin öğelerinden gelen enerji yüzdelerinin ortalaması (karbonhidrat %47,8±12,77, protein %17,6±9,29, yağ %33,6±6,58) önerilen referans aralığında yer alırken, kadınlarda yalnızca proteinin (%16,7±5,39) önerilen referans tüketim aralığında olduğu ve karbonhidrat yüzdesinin (%38,4±10,84) önerilenin altında, yağ yüzdesinin (%44,9±9,99) ise önerilenin üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Kadınların, enerji, posa alımı, D vitamini, potasyum, demir, kalsiyum ve çinko tüketimi referans değerlere kıyasla yetersiz bulunurken; kolesterol, A vitamini, niasin ve B₁₂ vitamini tüketimi önerilen referans düzeyin çok üzerinde bulunmuştur.

Erkeklerde D vitamini ve kalsiyum hariç yetersiz tüketildiği saptanan bir besin ögesi bulunmamış olup buna karşın, kolesterol, karbonhidrat, A, K vitaminleri ve niasin tüketimi referans aralığın çok üzerinde bulunmuştur.

Tablo 4.7. Bireylerin Üç Faktörlü Yeme Ölçeği skoru ortalama değeri

TFEQ boyutları	Alınabilecek Min-max skor	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst
Bilişsel Kısıtlama	6-24	13,6±4.14	6,0	23,0
Duygusal Yeme	6-24	14,2±5,53	6,0	24,0
KontROLSÜZ Yeme	9-36	23,2±5,98	11,0	36,0

Bireylerin Üç Faktörlü Yeme Ölçeği skorları Tablo 4.7.'de verilmiştir. Tabloda belirtildiği üzere, bireylerin bilişsel kısıtlama, duygusal yeme ve kontROLSÜZ

yeme faktörlerinden aldıkları toplam puan ortalamaları sırasıyla; 13,6±4.14, 14,2±5,53 ve 23,2±5,98 olarak belirlenmiştir. Bireylerin alt faktörler arasında aldığı en yüksek ve en düşük puan ortalaması sırasıyla, kontrolsüz yeme ve bilişsel kısıtlamaya aittir.

Tablo 4.8. Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımına göre Üç Faktörlü Yeme Ölçeği skoru ortalama değeri

	Üç Faktörlü Yeme Ölçeği		
	Bilişsel Kısıtlama	Duygusal Yeme	Kontrolsüz Yeme
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet			
Kadın	14,2±4,00	14,9±5,65	23,1±5,83
Erkek	11,1±3,97	10,9±3,46	23,8±6,83
p^M	0,015*	0,015*	0,786
Yaş (yıl)			
18-22	13,3±4,23	14,5±5,49	23,7±6,22
23-25	13,9±4,10	13,9±5,62	22,8±5,80
p^M	0,605	0,560	0,616
Medeni durum			
Evli	15,1±2,55	14,2±6,00	23,1±6,98
Bekar	13,4±4,32	14,2±5,50	23,2±5,86
p^M	0,234	0,977	0,919
Eğitim durumu			
Ortaöğretim	15,0	13,0	24,0
Lise	13,8±4,79	14,9±5,70	25,9±4,75
Ön lisans	12,6±4,22	13,5±6,15	24,3±7,35
Lisans	14,6±3,73	14,8±5,12	22,2±5,47
Lisansüstü	11,9±4,23	12,4±6,15	21,3±6,31
p^K	0,466	0,840	0,205
Çalışma durumu			
Çalışıyor	13,5±4,54	13,8±5,44	22,9±6,27
Çalışmıyor	13,8±3,71	14,6±5,67	23,5±5,73
p^M	0,588	0,490	0,702
Gelir durumu			
<2.500 TL	13,6±4,25	14,7±6,00	23,5±5,76
2.500-5.000 TL	13,4±3,63	13,8±5,90	23,2±5,63
5.001-10.000 TL	14,4±4,52	14,2±5,02	22,7±6,58
≥10.000 TL	13,2±4,28	13,8±5,47	23,2±6,43
p^K	0,766	0,926	0,992

K: Kruskal Wallis testi, M: Mann-Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 4.8.'de bireylerin demografik özelliklerine göre TFEQ skorunun ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre üç faktörün ortalaması ile; yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Kadınların; bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme faktörlerinden aldıkları toplam puan ortalamasının erkeklerin puan ortalamalarına göre daha fazla olduğu ve bu farklılığın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 4.9. Bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıklarına göre Üç Faktörlü Yeme Ölçeği skoru ortalama değeri

	Üç Faktörlü Yeme Ölçeği		
	Bilişsel Kısıtlama	Duygusal Yeme	Kontrolsüz Yeme
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastalık durumu			
Var	16,2±3,64	15,6±6,47	23,4±6,14
Yok	13,0±4,03	13,8±5,26	23,2±5,99
p^M	0,003*	0,336	0,777
Sigara kullanma durumu			
Evet	12,54±4,1	13,5±5,20	23,0±6,33
Hayır	14,1±3,96	14,5±5,69	23,3±5,89
p^M	0,106	0,521	0,684
Alkol kullanma durumu			
Evet	12,4±4,02	12,2±4,86	22,5±6,03
Hayır	14,6±4,04	15,8±5,56	23,8±5,95
p^M	0,052	0,005*	0,267
Fiziksel aktivite yapma durumu			
Yapıyor	14,1±4,60	13,9±5,32	23,0±6,57
Yapmıyor	13,2±3,64	14,4±5,80	23,4±5,43
p^M	0,377	0,822	0,799

K: Kruskal Wallis testi, M: Mann-Whitney U testi, * $p<0,05$

Tablo 4.9.'da TFEQ skoru ortalamalarının bireylerin sağlık durumlarına ve alışkanlıklarına göre dağılımı verilmiştir. Bu tabloya göre hastalık, sigara kullanma ve fiziksel aktivite yapma durumunun üç faktörün de puan ortalamasına göre anlamlı bir farklılığı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Herhangi bir hastalığa sahip bireylerin bilişsel kısıtlama puanlarının hastalığa sahip olmayan bireylerin puanına göre daha yüksek olduğu ve bu iki ortalama arasındaki farklılığın istatistiksel anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Alkol kullanmayan bireylerin bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme puanları alkol kullanan bireylerin puanlarına kıyasla daha fazla olarak bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel anlam içerdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.10. Bireylerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve durumlarına göre Üç Faktörlü Yeme Ölçeği skoru ortalama değeri

	Üç Faktörlü Yeme Ölçeği		
	Bilişsel Kısıtlama	Duygusal Yeme	Kontrolsüz Yeme
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Vücut ağırlığı memnuniyeti			
Evet	11,8±4,14	11,3±4,77	20,8±7,26
Hayır	13,7±4,30	15,2±5,60	24,2±5,53
Bazen	14,8±3,28	13,4±5,23	22,1±5,97
p^K	0,106	0,081	0,109
Genel beslenme değerlendirmesi			
Çok iyi	9,7±2,52	13,0±9,54	22,0±9,54
İyi	13,9±3,99	11,9±5,47	18,8±6,19 ^A
Orta	13,9±3,91	14,0±5,34	22,4±5,27 ^A
Kötü	13,6±4,69	15,8±5,25	26,9±4,86 ^B
p^K	0,341	0,244	0,001*
Diyet uygulama durumu			
Evet	14,5±3,55	15,2±5,72	23,5±5,89
Hayır	11,7±4,79	11,8±4,30	22,5±6,26
p^M	0,008*	0,015*	0,394
İdeal kilo ve mevcut kilo uyumu			
İdeal gördüğü ağırlıktan eksik	9.1±2.41 ^A	7.7±1.89 ^A	20.7±7.31
İdeal görünen ağırlıkta	9.5±2.51 ^A	9.8±3.71 ^A	20.5±7.50
İdeal gördüğü ağırlıktan fazla	14.5±3.87 ^B	15.3±5.27 ^B	23.7±5.65
p^K	0,000*	0,000*	0,136

K: Kruskal Wallis testi, M: Mann-Whitney U testi, *p<0,05, A, B: Satırlar arası istatistiksel farklılık A<B

Tablo 4.10.'da bireylerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve durumlarına göre TFEQ skoru ortalaması verilmiştir. Genel beslenme değerlendirmesi kötü olan bireylerin kontrolsüz yeme puanlarının (26,9±4,86), genel beslenme değerlendirmesi orta ve iyi düzeyde olan bireylerin kontrolsüz yeme puanlarına göre fazla olduğu ve bu farklılığın anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05).

Daha önceden diyet uyguladığını belirten bireylerin, kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme puanının, daha önce diyet uygulamayan bireylerin puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Mevcut vücut ağırlığı ideal gördüğü ağırlıkta ve bu ağırlıktan eksik olan bireylerin bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme puan ortalamaları, mevcut vücut ağırlığı ideal gördüğü ağırlıktan fazla olan bireylerin puanlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bu ortalamalar arasındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.11. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre Üç Faktörlü Yeme Ölçeği skoru ortalama değeri

	Üç Faktörlü Yeme Ölçeği		
	Bilişsel Kısıtlama	Duygusal Yeme	Kontrolsüz Yeme
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
BKİ sınıflaması			
Zayıf (<18,5 kg/m ²)	9,4±2,79	7,8±2,49 ^A	17,2±4,21 ^A
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	13,8±4,78	13,2±4,69	22,3±5,82
Fazla kilolu (24,9-29,9 kg/m ²)	14,2±3,57	16,0±5,60 ^B	24,7±5,36 ^B
Obez (≥ 30 kg/m ²)	13,6±3,18	15,6±6,32 ^B	24,9±6,83 ^B
p^K	0,116	0,011*	0,040*

K: Kruskal Wallis testi, *p<0,05, A, B: Satırlar arası istatistiksel farklılık A<B

Tablo 4.11.'de bildirildiği üzere zayıf bireylerin duygusal yeme puan ortalamasının (7,8±2,49), fazla kilolu (16,0±5,60) ve obez bireylerin (15,6±6,32) puan ortalamasına kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür (p<0,05).

Zayıf bireylerin, kontrolsüz yeme puan ortalamasının (17,2±4,21) fazla kilolu (24,7±5,36) ve obez (24,9±6,83) bireylerin puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür (p<0,05).

Tablo 4.12. Bireylerin YTT-26 toplam puanı ve puan sınıflamasının dağılımı

YTT-26 Sınıflandırması	Kadın		Erkek		Toplam		p
	(n:63)		(n:14)		(n:77)		
	n	%	N	%	n	%	
YB yok (<20 puan)	41	65,1	12	85,7	53	68,8	0,115 ^K
YB var (≥20 puan)	22	34,9	2	14,3	24	31,2	
Toplam puan (x̄ ± SS)	17,5±13,08		9,2±8,04		16,0±12,69		0,010^{M*}
(Alt-Üst)	(2,0-75,0)		(2,0-28,0)		(2,0-75,0)		

YB: Yeme Bozukluğu, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26 K: Ki-kare testi, M: Mann-Whitney U testi

Tablo 4.12.'de de yer aldığı üzere, araştırmaya katılan bireylerin %31,2'sinde (K: %34,9, E: %14,3) YB olduğu belirlenmiştir. Yapılan ki kare analizine göre cinsiyet ve YB olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Kadın ve erkek bireylerin YTT-26 testinden aldıkları toplam puan ortalamasının sırasıyla; 17,5±13,08 ve 9,2±8,04 olduğu bulunmuş ve bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05).

Tablo 4.13. Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımına göre Yeme Tutum Testi skoru ortalama değeri

	Yeme Tutum Testi			
	Yeme Meşguliyeti	Kısıtlama	Sosyal Baskı	YTT-26 Toplam Puan
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet				
Kadın	9,7±8,35	4,0±4,07	2,0±2,53	17,5±13,08
Erkek	3,4±4,89	3,0±2,54	1,7±2,6	9,2±8,04
p^M	0,015*	0,015*	0,786	0,012*
Yaş (yıl)				
18-22	9,9±8,89	4,1±4,54	2,4±2,91	18,3±14,89
23-25	7,5±7,43	3,5±3,12	1,6±2,11	14,0±10,18
p^M	0,605	0,560	0,616	0,244
Medeni durum				
Evli	7,9±8,05	4,4±3,47	2,4±3,44	16,8±11,82
Bekar	8,7±8,26	3,7±3,61	1,9±2,37	15,9±12,92
p^M	0,234	0,977	0,919	0,657
Eğitim durumu				
Ortaöğretim	4,0	0,0	2,0	8,0
Lise	9,1±9,16	3,5±2,92	2,4±3,39	16,6±14,44
Ön lisans	12,0±9,51	3,3±2,21	2,3±2,44	18,9±11,04
Lisans	9,1±7,47	4,7±4,96	1,9±2,53	17,5±13,76
Lisansüstü	2,0±2,19	2,5±1,75	1,5±1,51	7,2±3,71
p^K	0,310	0,606	0,207	0,039*
Çalışma durumu				
Çalışıyor	7,7±7,83	4,0±4,15	2,1±2,68	15,4±13,60
Çalışmıyor	9,6±8,53	3,6±3,51	1,8±2,38	16,7±11,79
p^M	0,588	0,490	0,701	0,497
Gelir durumu				
<2.500 TL	9,7±8,21	3,3±3,83	2,1±2,24	16,8±12,15
2.500-5.000 TL	8,7±8,91	3,5±3,20	2,1±3,01	15,9±12,32
5.001-10.000 TL	11,0±8,63	4,8±4,90	2,4±2,89	20,3±15,89
≥10.000 TL	4,3±5,46	3,7±3,14	1,2±1,95	10,5±7,82
p^K	0,776	0,926	0,992	0,089

K: Kruskal Wallis testi, M: Mann-Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 4.13.'te belirtildiği üzere, yaş, medeni durum, çalışma ve gelir durumu ile YTT-26 toplam puanı arasında istatistiksel anlamlılık içeren bir farklılık görülmemiştir (p<0,05).

Kadınlarda yeme meşguliyeti, kısıtlama ve YTT toplam puanı erkeklere kıyasla daha fazla bulunmuş ve bu farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Lisansüstü düzeyde eğitim alan bireylerin YTT toplam puanının diğer bireylere kıyasla düşük olduğu ve bu farklılığın istatistiksel anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4.14. Bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıklarına göre YTT-26 toplam puanı ortalaması

	Yeme Meşguliyeti	Kısıtlama	Sosyal Baskı	YTT-26 Toplam Puan
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastalık durumu				
Var	10,8±8,61	3,4±2,48	1,3±1,58	17,0±10,92
Yok	8,0±8,05	3,9±4,13	2,2±2,71	15,8±13,19
p^M	0,003*	0,336	0,777	0,458
Sigara kullanma durumu				
Evet	6,9±5,69	3,4±3,78	2,1±2,43	13,5±9,28
Hayır	9,3±8,98	4,0±3,89	1,9±2,59	17,1±13,83
p^M	0,106	0,521	0,684	0,422
Alkol kullanma durumu				
Evet	5,5±5,48	2,7±2,67	1,6±2,21	10,9±7,27
Hayır	11,0±9,15	4,7±4,40	2,2±2,75	20,1±14,55
p^M	0,052	0,005*	0,267	0,002*
Fiziksel aktivite yapma durumu				
Yapıyor	9,5±8,89	5,2±4,48	2,2±2,72	18,4±14,74
Yapmıyor	7,4±7,44	2,5±2,52	1,8±2,35	13,7±9,98
p^M	0,377	0,822	0,799	0,175

K: Kruskal Wallis testi, M: Mann-Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 4.14.'te verilen bilgilere göre sigara kullanma ve fiziksel aktivite yapma durumunun YTT-26 toplam puanı ve alt faktörleri üzerinde anlamlı bir etkinliğinin olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Herhangi bir hastalığa sahip bireylerin yeme meşguliyeti puanı herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylere göre daha fazladır ve bu farklılık istatistiksel anlamlılık göstermektedir (p<0,05).

Alkol tüketen bireylerin YTT-26 puan ortalamasının (10,9±7,27), alkol tüketmeyen bireylerin puan ortalamasına (20,1±14,55) kıyasla daha az olmasının istatistiksel anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,05).

Alkol tüketmeyen bireylerin kısıtlama puanı, alkol tüketen bireylere göre daha yüksek olup bu sonucun istatistiksel anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.15. Bireylerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve durumlarına göre YTT-26 toplam puanı ortalaması

	Yeme Meşguliyeti	Kısıtlama	Sosyal Baskı	YTT-26 Toplam Puan
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Vücut ağırlığı memnuniyeti				
Evet	5,2±6,98 ^A	2,8±2,33	1,8±2,12	11,6±10,31 ^A
Hayır	10,2±7,88 ^B	4,0±3,50	2,0±2,51	17,9±11,07 ^B
Bazen	6,2±8,97	3,9±5,15	1,9±2,96	13,6±17,71
p^K	0,021*	0,339	0,932	0,028*
Genel beslenme değerlendirme				
Çok iyi	5,0±3,61	2,3±2,52	6,0±3,61 ^B	15,0±3,61
İyi	8,4±10,85	6,7±5,88	3,1±4,13	20,5±21,89
Orta	7,4±6,55	3,8±3,61	1,2±1,35 ^A	13,9±9,57
Kötü	11,2±9,44	2,6±2,31	2,3±2,39	17,7±12,40
p^K	0,470	0,084	0,037*	0,724
Diyet uygulama durumu				
Evet	10,2±8,34	4,0±3,76	1,7±2,24	17,7±12,70
Hayır	4,8±6,47	3,3±4,05	2,7±3,04	12,0±12,03
p^M	0,008*	0,015*	0,394	0,013*
İdeal kilo ve mevcut kilo uyumu				
İdeal gördüğü ağırlıktan eksik	1,0±1,15 ^A	1,9±2,27 ^A	2,6±2,82	6,7±3,45 ^A
İdeal görünen ağırlıkta	3,5±2,17	1,3±1,21	2,8±2,64	9,2±6,08
İdeal gördüğü ağırlıktan fazla	9,9±8,35 ^B	4,3±4,00 ^B	1,8±2,50	17,7±13,17 ^B
p^K	0,002*	0,024*	0,425	0,010*

K: Kruskal Wallis testi, M: Mann-Whitney U testi, *p<0,05, A, B: Satırlar arası istatistiksel farklılık A<B

Tablo 4.15.'te yer verildiği üzere, vücut ağırlığından memnun olan bireylerin YTT-26 puan ortalaması (11,6±10,31), vücut ağırlığı memnuniyeti olmayan bireylerin (17,9±11,07) puan ortalamasından düşüktür ve bu farklılığın istatistiksel anlamlılık gösterdiği bildirilmiştir (p<0,05).

Genel beslenmesini çok iyi olarak belirten bireylerin sosyal baskı puanı anlamlı ölçüde daha yüksektir (p<0,05).

Daha önce diyet uyguladığını belirten bireylerin YTT-26 puan ortalaması, kısıtlama ve yeme meşguliyeti daha önce diyet uygulamayan bireylerin puan ortalamasına kıyasla yüksektir ve bu farklılık istatistiksel anlamlılık göstermektedir (p<0,05).

Mevcut vücut ağırlığı ideal gördüğü vücut ağırlığından eksik olan bireylerin YTT-26 puanı 6,7±3,45 iken vücut ağırlığı ideal gördüğü vücut ağırlığından fazla olan bireylerin puanı 17,7±13,17 olarak bulunmuştur. Bu puanlar arasındaki farklılık istatistiksel anlamlılık belirtmektedir (p<0,05).

Mevcut vücut ağırlığı ideal gördüğü ağırlıktan eksik olanların yeme meşguliyeti ve kısıtlama puanının, mevcut vücut ağırlığı ideal gördüğü ağırlıktan fazla olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olacak biçimde az olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 4.16. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre YTT-26 toplam puanı ortalaması

	Yeme Meşguliyeti	Kısıtlama	Sosyal Baskı	YTT-26 Toplam Puan
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
BKİ sınıflaması				
Zayıf ($<18,5 \text{ kg/m}^2$)	$1,4 \pm 1,67^A$	$2,2 \pm 1,92$	$6,2 \pm 2,59^B$	$11,8 \pm 4,91$
Normal ($18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$)	$7,4 \pm 7,82^B$	$3,9 \pm 3,52$	$1,8 \pm 1,71^A$	$14,4 \pm 11,21$
Fazla kilolu ($24,9-29,9 \text{ kg/m}^2$)	$9,9 \pm 8,76^B$	$4,3 \pm 4,83$	$1,6 \pm 3,05^A$	$18,1 \pm 16,48$
Obez ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$)	$11,9 \pm 7,63^B$	$3,2 \pm 2,62$	$1,6 \pm 1,56^A$	$18,0 \pm 8,87$
p^K	0,028*	0,780	0,004*	0,484

K: Kruskal Wallis testi, * $p<0,05$, A, B: Satırlar arası istatistiksel farklılık $A<B$

Tablo 4.16.'da yer verildiği üzere, fazla kilolu ve obez bireylerin YTT-26 toplam puan ortalaması sırasıyla; $18,1 \pm 16,48$ ve $18,0 \pm 8,87$ olarak belirlenmiştir. Zayıf ve normal BKİ değerine sahip bireylerin YTT-26 toplam puan ortalaması, fazla kilolu ve obez bireylerin puan ortalamasına göre daha düşük bulunmuştur ancak bu ortalamalar arasındaki farklılığın istatistiksel anlamlılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Zayıf bireylerin yeme meşguliyeti puanı diğer bireylerden daha düşük bulunurken, sosyal baskı puanı diğer bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.17. Bireylerin YTT-26 sınıflamasına günlük enerji ve besin öğeleri alım miktarları ortalama değerleri

Enerji ve Besin Öğeleri	YB Yok	YB Var	p ^M
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Enerji (kkal)	1490,2±697,30	1136,1±665,94	0,005*
Protein (g)	58,0±32,16	48,0±24,35	0,192
Protein (%)	16,3±6,27	18,3±5,97	0,147
Yağ (g)	71,9±35,25	51,8±25,59	0,011*
Yağ (%)	43,4±10,35	41,6±10,64	0,741
Kolesterol (mg)	334,0±226,60	290,2±154,17	0,598
Karbonhidrat (g)	148,7±86,01	116,2±99,74	0,023*
Karbonhidrat (%)	40,1±11,24	40,1±12,92	0,860
Diyet lifi (g)	13,9±7,05	13,8±8,29	0,700
A vitamini (mcg)	2235,2±6662,58	806,3±521,47	0,317
D vitamini (mcg)	3,1±2,62	3,7±3,12	0,471
E vitamini (mg)	10,2±6,96	8,2±4,82	0,382
K vitamini (mcg)	93,7±96,57	72,5±58,44	0,441
Tiamin (mg)	0,7±0,42	0,6±0,36	0,235
Riboflavin (mg)	1,4±1,27	1,1±0,45	0,421
Niasin (mg)	21,6±14,42	18,9±9,32	0,912
Folik asit (mcg)	258,3±232,77	212,9±115,60	0,660
B ₁₂ vitamini (mcg)	7,7±19,89	3,0±1,99	0,178
C vitamini (mg)	72,0±54,74	69,6±46,65	0,899
Potasyum (mg)	2015,2±956,86	1851,5±973,92	0,422
Kalsiyum (mg)	539,0±273,74	465,2±256,77	0,271
Magnezyum (mg)	887,2±397,60	773,7±350,64	0,191
Demir (mg)	8,6±5,04	7,2±3,99	0,253
Çinko (mg)	8,5±4,60	6,6±3,32	0,104

M: Mann-Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 4.17.'de gösterildiği gibi, YB olmayan bireylerin enerji, yağ ve karbonhidrat tüketimi YB olan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu ortalamalar arasındaki farklılığın istatistiksel anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.18. Bireylerin YTT-26 sınıflamasına göre Üç Faktörlü Yeme Ölçeği skor ortalaması

	YB Yok	YB Var	p^M
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
TFEQ boyutları			
Bilişsel Kısıtlama	12,4±3,63	16,3±3,99	0,000*
Duygusal Yeme	12,8±5,63	17,1±4,06	0,001*
Kontrolsüz yeme	22,3±5,94	25,1±5,73	0,040*

M: Mann-Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 4.18.'de bireylerin yeme bozukluğu olma durumuna göre Üç Faktörlü Yeme Ölçeği skor ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre yeme bozukluğu olan bireylerin; bilişsel kısıtlama, duygusal yeme ve kontrolsüz yeme puan ortalamasının, yeme bozukluğu olmayan bireylerin puan ortalamalarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.19. Bireylerin Beden Algısı Ölçeği toplam puanı ve puan sınıflamasının dağılımı

VAÖ Sınıflaması	Kadın		Erkek		Toplam		P
	(n: 63)		(n: 14)		(n: 77)		
	n	%	n	%	n	%	
Düşük (≤ 135 puan)	59	93,7	14	100,0	73	94,8	0,440 ^K
Yüksek (> 135 puan)	4	6,3	-	-	4	5,2	
Toplam puan (x̄ ± SS)	101,1±23,60		87,4±22,81		98,6±23,91		0,096 ^M
(Alt-Üst)	(48,0-160,0)		(42,0-116,0)		(42,0-160,0)		

K: Ki-kare testi, M: Mann-Whitney U testi

Tablo 4.19.'da ise bireylerin VAÖ toplam puanı ve puan sınıflaması verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin %94,8'inin beden algısının düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınların %6,3'ünün beden algısı yüksek sınıfta yer alırken, erkekler arasında beden algısı yüksek birey bulunmamaktadır.

Yapılan ki kare analizi sonucunda cinsiyet ve beden algısı sınıflaması arasında istatistiksel bir anlamlılık olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Kadın ve erkek bireylerin VAÖ puan ortalamaları sırasıyla; 101,1±23,60 ve 87,4±22,81 olarak belirlenmiştir. Bu değerler arasında anlamlılık içeren bir farklılık görülmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.20. Bireylerin Beden Algısı Ölçeği sınıflamasına günlük enerji ve besin öğeleri alım miktarları ortalama değerleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Düşük	Yüksek	p ^M
	Beden Algısı	Beden Algısı	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Enerji (kkal)	1422,9±692,56	593,6±371,15	0,005*
Protein (g)	56,3±30,05	29,7±21,39	0,071
Protein (%)	16,7±6,31	19,8±3,20	0,164
Yağ (g)	67,6±33,24	29,5±20,68	0,009*
Yağ (%)	42,9±10,53	41,5±9,04	0,903
Kolesterol (mg)	317,1±209,57	379,4±154,20	0,457
Karbonhidrat (g)	143,4±90,95	49,4±23,54	0,003*
Karbonhidrat (%)	40,2±11,80	39,0±11,34	0,682
Diyet lifi (g)	14,1±7,42	9,6±6,24	0,171
A vitamini (mcg)	1838,8±5703,14	896,3±1006,13	0,391
D vitamini (mcg)	3,3±2,83	1,9±0,70	0,379
E vitamini (mg)	9,8±6,48	6,1±3,56	0,288
K vitamini (mcg)	87,0±85,87	88,5±115,45	0,542
Tiamin (mg)	0,7±0,40	0,4±0,22	0,050
Riboflavin (mg)	1,3±1,11	0,8±0,51	0,220
Niasin (mg)	21,4±13,02	9,5±7,93	0,047*
Folik asit (mcg)	249,1±207,29	153,6±101,11	0,257
B ₁₂ vitamini (mcg)	6,5±17,05	2,3±2,38	0,137
C vitamini (mg)	72,2±53,11	52,7±21,90	0,603
Potasyum (mg)	2001,0±953,91	1293,3±901,45	0,179
Kalsiyum (mg)	530,2±266,15	256,8±199,39	0,042*
Magnezyum (mg)	873,3±378,52	459,4±313,69	0,034*
Demir (mg)	8,4±4,76	4,5±3,38	0,079
Çinko (mg)	8,1±4,28	4,0±3,53	0,047*

M: Mann-Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 4.20.'de bireylerin beden algı düzeylerine göre tükettikleri enerji ve besin öğelerinin ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre beden algısı düşük bireylerin tükettikleri enerji ortalaması 1422,9±692,56 kkal iken yüksek beden algısına sahip bireylerin tükettikleri enerji ortalaması 593,6±371,15 kkal olarak belirlenmiştir. Bu değerler arasındaki farklılığın istatistiksel anlamlılık gösterdiği görülmüştür (p<0,05).

Yağ, karbonhidrat, niasin, kalsiyum, magnezyum ve çinkonun beden algısı düşük bireylerde, beden algısı yüksek bireylere göre daha fazla tüketildiği ve bu ortalamalar arasındaki sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.21. Bireylerin Üç Faktörlü Yeme Ölçeği puanının farklı parametrelerle korelasyonu

	Bilişsel Kısıtlama		Duygusal Yeme		Kontrolsüz Yeme	
	R	p*	r	p*	r	p*
Ölçekler						
YTT-26						
Yeme meşguliyeti	0,364	0,001*	0,466	0,000*	0,385	0,001*
Kısıtlama	0,368	0,001*	0,089	0,441	-0,211	0,065
Sosyal baskı	-0,040	0,731	0,078	0,498	0,041	0,722
Toplam puan	0,374	0,001*	0,332	0,003*	0,177	0,123
VAÖ	0,234	0,040*	0,294	0,010*	0,228	0,046*
Demografik Özellikler						
Yaş (yıl)	0,051	0,659	-0,026	0,823	-0,120	0,299
Antropometrik Ölçümler						
Vücut ağırlığı (kg)	0,071	0,538	0,251	0,027*	0,353	0,002*
BKİ (kg/m ²)	0,201	0,079	0,376	0,001*	0,346	0,002*

*İki değişkenli korelasyon, p<0,05, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26, VAÖ: Beden Algısı Ölçeği

Tablo 4.21.'de bireylerin TFEQ puanının farklı parametrelerle korelasyonu verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin bilişsel kısıtlama, duygusal yeme, kontrolsüz yeme puanları arttıkça beden algısı memnuniyetinin arttığı belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.22. Bireylerin YTT toplam puanının farklı parametrelerle korelasyonu

	Yeme Meşguliyeti		Kısıtlama		Sosyal Baskı		YTT-26 Toplam Puanı	
	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*
Ölçekler								
TFEQ boyutları								
Bilişsel Kısıtlama	0,364	0,001*	0,368	0,001*	-0,040	0,731	0,374	0,001*
Duygusal Yeme	0,466	0,000*	0,089	0,441	0,078	0,498	0,332	0,003*
Kontrolsüz yeme	0,385	0,001*	-0,211	0,065	0,041	0,722	0,177	0,123
VAÖ	0,317	0,005*	-0,081	0,481	0,094	0,417	0,190	0,099
Demografik Özellikler								
Yaş (yıl)	-0,211	0,065	-0,107	0,355	-0,190	0,097	-0,227	0,047*
Antropometrik Ölçümler								
Vücut ağırlığı (kg)	0,186	0,105	-0,003	0,978	-0,215	0,061	0,068	0,556
BKİ (kg/m ²)	0,320	0,005*	0,056	0,627	-0,184	0,109	0,187	0,104

*İki değişkenli korelasyon, p<0,05, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26, VAÖ: Beden Algısı Ölçeği

Tablo 4.22.'de yer alan bilgilere göre bireylerin yeme meşguliyeti puanının TFEQ faktörleriyle arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bireylerin YTT-26 toplam puanı ile yaşları arasında negatif korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Yeme meşguliyeti puanı arttıkça BKİ değerinin arttığı ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin pozitif korelasyon gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada yeme bozuklukları, yeme davranışı ve beden algısının beslenme durumu ile ilişkisinin saptanması ve değerlendirilmesi amaçlanmış ve planlanmıştır. Bu çalışmanın yeme bozukluğu, yeme davranışı ve beden algısı ile ilgili çalışmalara katkı sağlaması ve yapılacak çalışmalara yol gösterici olması hedeflenmektedir.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada Sağlıklı Hayat Merkezine başvuranların %82,1’inin kadınlardan oluştuğu görülmüştür (Ünüvar ve Acar, 2020). Tablo 4.1.’de de görüldüğü gibi bu çalışmadaki diyet merkezine başvurma durumundaki cinsiyet dağılımıyla (K: %81,8, E: %18,2) tutarlı bir bulgudur. Bunun sebebinin, kadınların sağlık konusundaki tutum, bilgi ve davranışlarının farklılığı olduğu düşünülmektedir. (Bertakis et al., 2000)

Greene et al. (2011) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada kadın ve erkeklerin BKİ ortalamaları sırasıyla, $23,6 \pm 4,1$ kg/ m² ve $24,5 \pm 3,9$ kg/ m² olarak bulunmuştur. Hanehalkı Sağlık Araştırması (STEPS)’nin (Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, 2018) verilerine göre; 19 yaş ve üzeri bireylerde, kadın ve erkeklerin BKİ ortalaması sırasıyla $28,9 \pm 6,4$ kg/ m² ve $26,4 \pm 4,5$ kg/ m² olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise, Tablo 4.4.’te görüldüğü gibi kadın ve erkek katılımcıların mevcut BKİ değerlerinin ortalaması sırasıyla; $25,6 \pm 5,05$ kg/ m² ve $24,3 \pm 4,13$ kg/ m² olarak belirlenmiştir. Bulgularımız, Greene et al. (2011) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bunun sebebinin de yaş gruplarının benzerliği olduğu düşünülmektedir. Yapılan bu çalışmada kadınların BKİ ortalamalarına göre hafif kilolu olması, STEPS-2017 verileriyle uyumludur (Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022)’nda 15 yaş ve üzerinde zayıflık oranı erkeklerde %3,5, kadınlarda %5,9, toplamda ise %4,7’dir. TURDEP II’de katılımcıların obezite prevalansının %35,9 (E: %27,3; K: %44,2) olduğu bildirilmiştir (TURDEP II Çalışma Grubu, 2010). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA- 2017)’nda (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019) 19-64 yaş arasında, zayıflık %1,7 (K: %2,3, E: %1,2),

normal kiloda olma %29,3 (K: %30, E: %31,6), fazla kiloluluk %36,9 (K: %28,5, E: %42), obezite %32,2 (K: %39,3, E: %25,1) oranındadır. Bu çalışmada, Tablo 4.5.'te de belirtildiği gibi katılımcıların %6,5'inin (K: %6,3, E: %7,1) zayıf, %44,2'sinin (K: %42,9, E: %50) normal BKİ değerine sahip olduğu belirlenmiştir. Fazla kilolu ve obez bireylerin oranının sırasıyla; %33,8 (K: %34,9, E: %28,6) ve %15,6 (K: %15,9, E: %14,3) olduğu saptanmıştır. Obezite, bu çalışmada da kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur, önceki verilerle uyumludur.

Ulusal Hanehalkı Araştırması (Sağlık Bakanlığı, 2006)'nda katılımcıların %20,32'si hareketli bir yaşam sürmediğini, %15,99'u fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğunu beyan etmiştir. TBSA 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019) 'de ise 19 yaş ve üzerinde fiziksel aktivite yapma durumu %24,5 olarak belirtilmiştir. 18-29 yaş aralığında günlük ortalama 148,6 dakika fiziksel aktivite yapıldığı bulunmuştur. Bu çalışmada, Tablo 4.2.'de de belirtildiği üzere bireylerin %50,6'sı düzenli fiziksel aktivite yapmadığını belirtmiş ve haftalık fiziksel aktivite ortalaması 204 dakika olarak bulunmuştur. Bir merkeze başvuran kişilerin fiziksel aktivite ile ilgili farkındalığı sebebiyle fiziksel aktivite seviyesinin daha fazla olması beklenmiştir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)'ye göre 19 ve üzeri katılımcılarda kronik hastalık varlığı %44 oranındadır. Bu çalışmada ise bu oran %20,8'dir (Tablo 4.2.).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)'de tütün ve mamüllerinin kullanımı, toplamda %33,2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise sigara içenlerin oranı %29,9'dur (Tablo 4.2.).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)'de 15 yaş ve üzeri bireylerde alkol tüketmeme oranı %84,2'dir, bu çalışmada ise bu oran %55,8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019) verilerine göre, ortalama enerji alımı yetişkin (19-64 yaş) kadınlarda 1657.6 ± 569.58 kkal/gün, erkeklerde ise $2249 \pm 760,9$ olarak belirlenmiştir. TBSA-2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)'de protein alımı ortalaması kadın ve erkeklerde sırayla, 57,4 ve 81,3 g/gün olarak hesaplanmıştır. Enerjinin, karbonhidrat, yağ ve proteinden sağlanan ortalama oranı sırasıyla %50,7, %33,6 ve %15,4 olarak bulunmuştur. TÜBER-2022 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022) 'de enerjinin karbonhidrat, yağ ve

proteinden gelen oranlarının sırasıyla, %45-60, %20-35 ve %10-20 olması önerilmektedir. Bu çalışmada, Tablo 4.6.'da da belirtildiği gibi kadın ve erkek katılımcıların tükettiği enerji değeri ortalaması sırasıyla 1229,8±516,24 kkal/gün ve 2054,6±1009,19 kkal/gün olarak belirlenmiştir. Enerjinin karbonhidrat, yağ ve proteinden gelen oranları sırasıyla, %40,1, %42,9 ve %16,9 olarak bulunmuştur. Karbonhidrat alımı toplumun genelinden düşük, yağ alımı toplumun genelinden yüksek, protein alımı da toplumun genelinden yüksek bulunmuştur. TÜBER-2022 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022) önerilerine göre, bu çalışmada; karbonhidrat alımı önerilerin altında, yağ alımı önerilerin üzerinde ve protein alımı önerilen aralıktadır. Kadınların tükettiği enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen yüzdesi sırasıyla; %38,4, %16,7 ve %44,9 iken bu oranlar erkeklerde sırasıyla; %47,8, %17,6 ve %33,6 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin karbonhidrat alımı TÜBER-2022 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022) önerilerini karşılamakta iken kadınların karbonhidrat alımı önerilerin altındadır. Erkeklerin yağ alımı da TÜBER-2022 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022) önerileri aralığında iken kadın yağ alımı önerilerin üzerindedir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)'de, 19 yaş ve üzeri katılımcıların enerji (kkal), protein (%), protein (g), yağ (%), yağ (g), kolesterol (mg), karbonhidrat (%), karbonhidrat (g) değerleri sırasıyla; 792,85±732,86; 15,1±3,39; 69,2±28,84; 34,5±8,07; 73,7±33,14; 250,4±173,58; 50,2±9,16 ve 235,0±103,83 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise yeme bozukluğu olan katılımcıların; Tablo 4.17.'de de görüldüğü üzere enerji (kkal), protein (%), protein (g), yağ (%), yağ (g), kolesterol (mg), karbonhidrat (%), karbonhidrat (g) değerleri sırasıyla; 1136,1±665,94; 18,3±5,97; 48,0±24,35; 41,6±10,64; 51,8±25,59; 290,2±154,17; 40,1±12,92; 116,2±99,74 şeklindedir. Enerji, protein (%), yağ (%) ve kolesterol alımları, toplumun geneline göre daha yüksek bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan katılımcıların karbonhidrat (g) ve karbonhidrat (%)'sinin toplumun geneline kıyasla daha düşük olmasının, yeme davranış bozukluğu gösteren kişilerin karbonhidratlara yönelik yanlış inançlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019) verilerinde kadınlarda posa alımı 20.6±8.65 g/gün, erkeklerde ise 24,6±10,95 g/gündür. Bu çalışmada ise Tablo 4.6.'da da belirtildiği

gibi, kadın ve erkek posa alımları sırasıyla $12,9 \pm 6,09$ g/gün, $18,5 \pm 10,72$ g/gün olarak bulunmuştur. TÜBER 2022 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022)'ye göre günlük önerilen posa alımı kadın ve erkekler için 25 g/gün olarak belirlenmiştir, bu çalışmada bulunan değerler önerilerin altında kalmaktadır.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)'de 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydında günlük ortalama vitamin ve mineral alımlarının DRI değerleri şu şekildedir: A vitamini (K: %220,3, E: %255,9); D vitamini (K: % 20,5, E: %24,5); E vitamini (K: %155, E: %153,7); B₁ vitamini (K: %89,6, E: %102,1); B₂ vitamini (K: %83,8, E: %112,3); Niasin (K: %107,4, E: %142,9); Folat (K: %112,3, E: %143,3); B₁₂ vitamini (K: %194,6, E: %336,5); C vitamini (K: % 136, E: %129,7); Potasyum (K: %63,6, E: %77,8); Kalsiyum (K: % 95,7, E: %116,7); Magnezyum (K: %88,8, E: %94,4); Demir (K: %72,2, E: %109,7); Çinko (K: %79,7, E: %91,2).

Bu çalışmada ise bu mikro besin öğelerinin DRI değerleri Tablo 4.6.'da da belirtildiği gibi sırasıyla şu şekildedir:

A vitamini (K: %299,6, E: %144,3); D vitamini (K: %20,8, E: %25,4); E vitamini (K: %85,4, E: %80,2); B₁ vitamini (K: %122,4, E: %82,4); B₂ vitamini (K: %78, E: %384,8); Niasin (K: %228,1, E: %227,9); Folat (K: %71,6, E: %84,7); B₁₂ vitamini (K: %163,9, E: %122,3); C vitamini (K: %69, E: %88); Potasyum (K: %51,8, E: %75,5); Kalsiyum (K: %48,6, E: %65,2); Magnezyum (K: %60,8, E: %88,2); Demir (K: %45,7, E: %109,5); Çinko (K: %70,4, E: %89,1). Bu çalışmada; DRI değerlerine bakılarak, kadınların toplumun geneline kıyasla C, B₁₂, E, B₉ vitaminleri ve magnezyum, çinko, demir, kalsiyum yüzdelerinin düşük olduğu görülmektedir. D vitamininin toplumun genelinde ve bu çalışmada yetersiz alındığı görülmektedir. Erkeklerde ise; A vitamini, E vitamini, folat, B₁₂ vitamini, C vitamini, kalsiyum ve magnezyum yüzdeleri düşüktür.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)'de, 19 yaş ve üzeri katılımcıların vitamin- mineral alımları şu şekildedir: E vitamini ($18,0 \pm 10,81$), D vitamini ($3,3 \pm 10,83$), B₁₂ vitamini ($5,1 \pm 8,74$), B₂ vitamini ($1,3 \pm 0,65$), Demir ($10,6 \pm 4,55$), C vitamini ($115,5 \pm 95,14$), Kalsiyum ($800,9 \pm 319,92$), Çinko ($9,8 \pm 4,17$), Folat ($321,7 \pm 147,01$), Magnezyum ($292,1 \pm 115,63$), Niasin ($14,1 \pm 8,94$), B₁ vitamini ($0,9 \pm 0,39$), A vitamini ($1271,2 \pm 2766,61$), Potasyum ($2448,9 \pm 968,72$). Bu çalışmada, Tablo 4.17.'de de yer aldığı üzere yeme bozukluğu olan katılımcıların vitamin- mineral alımları şu

şekildedir: E vitamini ($8,2\pm4,82$), D vitamini ($3,7\pm3,12$), B₁₂ vitamini ($3,0\pm1,99$), B₂ vitamini ($1,1\pm0,45$), Demir ($7,2\pm3,99$), C vitamini ($69,6\pm46,65$), Kalsiyum ($465,2\pm256,77$), Çinko ($6,6\pm3,32$), Folat ($212,9\pm115,60$), Magnezyum ($773,7\pm350,64$), Niasin ($18,9\pm9,32$), B₁ vitamini ($0,6\pm0,36$), A vitamini ($806,3\pm521,47$), Potasyum ($1851,5\pm973,92$), Yeme davranış bozukluğu olan katılımcıların; A vitamini, E vitamini, B₁ vitamini, B₂ vitamini, folat, B₁₂ vitamini, C vitamini, potasyum, kalsiyum, demir ve çinko değerleri toplumun geneline kıyasla daha düşük bulunmuştur.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2017 (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)'de katılımcıların %9,1'i vücut ağırlığı kaybetmek için diyet ya da başka bir uygulama yaptığını belirtmiştir. Bu çalışmada ise bu oran Tablo 4.3.'te de yer aldığı üzere %70,1'dir. Bunun beslenme ve diyetetik merkezine başvuran kişilerin genellikle kronik diyet uygulayan kişiler olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada, daha önceden diyet uyguladığını belirten bireylerin, kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme puanının, daha önce diyet uygulamayan bireylerin puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu bulgu, diyetin duygusal yeme için bir risk faktörü olarak değerlendirildiği çalışmalarla paralellik göstermektedir (Herman and Polivy, 1975; Van Strien et al., 1986). Ayrıca, önceki çalışmalarda diyet yapan deneklerin bir yıl sonra yeme bozukluğu geliştirme riski, diyet yapmayanlara göre dört kat daha fazla bulunmuştur (Santonastaso et al., 1999).

Fransız genç yetişkinlerle (20-39 yaş) yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre kısıtlama ve kontrolsüz yeme puanının yüksek olduğu belirtilmiştir ancak açlık puanı üzerinde cinsiyetin etkisi görülmemiştir. Genç yetişkinlerle yapılan bu çalışma, BKİ'nin bilişsel kısıtlama, kontrolsüz yeme ve açlık üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir. Bilişsel kısıtlama, kontrolsüz yeme ve açlık ile BKİ pozitif korelasyon göstermektedir. Kontrolsüz yemenin cinsiyetten bağımsız olarak BKİ ile ilişkisinin diğer faktörlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ortalama puanlar bilişsel kısıtlama puanı için $6,3\pm0,1$, disinhibisyon puanı için $6,0\pm0,1$ ve açlığa duyarlılık puanı için $5,0\pm0,1$ olarak bulunmuştur. (Lesdéma et al., 2012) Greene et al. (2011) yapmış olduğu bir çalışmada, duygusal yeme puanı fazla olan üniversite öğrencilerinin, duygusal yeme puanları az olan üniversite öğrencilerine kıyasla BKİ'lerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise, Tablo 4.11.'de de belirtilmiş olan bulgularda, TFEQ'de düşük BKİ'ye sahip katılımcıların duygusal

yeme ve kontrolsüz yeme puan ortalamasının, BKİ'si fazla olan bireylerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.11.).

Lesdéma et al. (2012) ile Greene et al. (2011) çalışmasında alt faktörler arasında kontrolsüz yemenin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Bu çalışmada da Tablo 4.7.'de de belirtildiği gibi en yüksek puan ortalamasının kontrolsüz yemeye ait olduğu görülmektedir.

Tablo 4.12.'de de belirtildiği gibi katılımcıların %31,2'sinde (K: %34,9, E: %14,3) YB olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ve YB olma durumu arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlam ifade etmediği belirlenmiştir ($p<0,05$) ancak kadın ve erkek bireylerin YTT-26 testinden aldıkları toplam puan ortalamaları sırasıyla; $17,5\pm13,08$ ve $9,2\pm8,04$ bulunmuş ve bu değerlerin anlamlı biçimde farklı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kadınlarda daha yüksek YTT-26 puanı ortalaması bulunması literatürle uyumlu bir bulgudur. Üniversite öğrencileri arasında yapılmış olan bir araştırmanın bulgularına göre ise kız öğrencilerin %11,5'inde (K: %13,1, E: %9,2) bozulmuş yeme tutumu (YTT-26 puanı ≥ 20) olduğu belirlenmiştir. YTT-26 puan ortalaması kadın ve erkeklerde sırasıyla, $12,86\pm7,39$ ve $11,27\pm7,55$ olarak bulunmuştur (Baş ve ark., 2004). Şanlıer ve ark. (2017) yapmış olduğu çalışmada kadınların ($13,4 \pm 9,39$) YTT-26 skoru erkeklere ($12,3 \pm 10,80$) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise kadınların %34,9'unun bozulmuş yeme tutumu gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.12.). Bulguların; katılımcı sayısı, kadın-erkek sayısının dağılımı, çalışmanın yapıldığı yer ile ilişkili olarak Baş ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmanın bulgularıyla farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

İspanya'da 18-25 yaş arası kadın üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada ortalama YTT-26 skoru $18,34 \pm 10,7$ olarak bulunmuştur, bu da bozulmuş yeme tutumu olasılığının orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Aparicio-Martinez et al., 2019). Bu çalışmada ise ortalama YTT-26 skoru, $16,0\pm12,69$ 'dur, belirtilen çalışmayla aynı şekilde orta düzeyde yer almaktadır (Tablo 4.12.).

Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada ise bozulmuş yeme tutumu gösteren bireylerin %71,1'i normal BKİ'ye sahip, %20,2'si obez ve %8,7'si zayıf olarak tanımlanmıştır. Bozulmuş yeme tutumu ile BKİ ve cinsiyet arasında ilişki bulunamamıştır (Şanlıer ve ark., 2017). Bu çalışmada; zayıf ve normal BKİ değerine sahip katılımcıların YTT-26 toplam puan ortalaması, fazla kilolu ve obez bireylerin puan ortalamasına göre daha düşük bulunmuştur ancak bu ortalamalar arasında

istatistiksel bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). YTT-26 toplam puanı ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yapılan ki kare analizine göre YB olma durumu ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlar, belirtilen çalışmayla uyumluluk göstermektedir (Tablo 4.12.).

Kız üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; vücut ağırlığını doğru şekilde algılayan öğrencilerin YTT-26 puanı, yanlış algılayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Yılmaz ve ark., 2013). Bu çalışmanın bulgularında da belirtilen çalışmaya paralel bir biçimde, vücut ağırlığından memnun olan bireylerin YTT-26 puan ortalaması, vücut ağırlığından memnun olmayan bireylerin puan ortalamasından düşük bulunmuştur. Bu iki ortalama arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.15.).

Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması (Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2012)'na göre; bedeni doğru algılama olasılığı yaşla birlikte anlamlı şekilde azalma göstermektedir. 15-24 yaş grubunda bedeni doğru algılama oranı %62,8, 25-34 yaş grubunda ise %56 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, Tablo 4.22.'deki gibi katılımcıların YTT-26 toplam puanı ile yaş ilişkisinin negatif yönde korele olduğu görülmüştür ($r=-0,227$, $p<0,05$) ancak beden algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Bu çalışmada; Tablo 4.18.'de bildirildiği üzere yeme davranış bozukluğu olan bireylerin bilişsel kısıtlama, duygusal yeme ve kontrolsüz yeme puan ortalamasının, yeme bozukluğu olmayan bireylerin puan ortalamalarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). YTT-26'dan yüksek puan alma durumu ile TFEQ alt faktörlerinin yüksek olması durumu uyumludur, bu da H₂, H₂₁, H₂₂ ve H₂₃ hipotezlerini doğrulamaktadır.

Bu çalışmada Tablo 4.20.'de de görüldüğü gibi, beden algısı düşük olan katılımcıların günlük enerji alımı, yağ ve karbonhidrat tüketimi yüksek beden algısına sahip katılımcılara kıyasla istatistiksel açıdan anlam ifade eden biçimde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bozulmuş beden algısının bireyin anormal yeme ve diyet davranışlarına etkisi olduğu bilinmektedir (Bresolin, 1993).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre; cinsiyet ve beden algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Yeme meşguliyeti ile VAÖ arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($r= 0,317$, $p<0,05$). Kişinin beden memnuniyeti arttıkça yeme meşguliyetinin arttığı sonucu çıkmaktadır. Bireylerin bilişsel kısıtlama puanı, duygusal yeme, kontrolsüz yeme puanları arttıkça beden algısı memnuniyetinin

arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.19., 4.21, Tablo 4.22.). H1, H1₁, H1₂, H1₃ hipotezlerinde yer alan “yeme davranışlarının vücut algısı üzerinde etkisi vardır” hipotezi doğrulanmıştır ancak bu etki literatürle farklılık göstermektedir.

Yeme davranışı ve yeme tutumu ile medeni durum, çalışma durumu ve gelir durumu arasında istatistiksel anlam belirten bir korelasyon bulunamamıştır ($p>0,05$). Yeme davranışı (duygusal yeme, kontrolsüz yeme) ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.11.). Yeme davranışı (bilişsel kısıtlama, duygusal yeme) ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8.). Yeme davranışı ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8.).

Yeme tutumu ile cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.13., Tablo 4.22.). Yeme tutumu ile BKİ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir bulguya ulaşılamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Beden algısı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.19.). Çalışmadan elde edilen bu bulgular neticesinde H3, H4 ve H5 hipotezleri tamamen doğrulanamamıştır.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmaya yaşları 18-25 arasında değişen 77 (K: %81,8 (n=63), E: %18,2 (n=14)) kişi katılmıştır.
2. Katılımcıların yaş ortalaması $22,5 \pm 2,27$ olarak bulunmuştur.
3. Katılımcıların %20,8'inin (n=16) bir hastalığı varken %79,2'sinin (n=61) herhangi bir hastalığı yoktur.
4. Katılımcıların %29,9'u (n=23) sigara kullanmakta, %70,1'i (n=54) sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan katılımcılar günde ortalama 13,7 adet sigara kullanmaktadır.
5. Katılımcıların %44,2'si (n=34) alkol kullanmakta, %55,8'i (n=43) alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların en çok tükettiği alkol türü %32,4 (n=11) oranında biradır. Alkol tüketen katılımcıların %19,5'inin (n=15) ayda birden az, %19,5'inin (n=15) haftada 1-2, %5,2'sinin (n=4) haftada 3-4 kez alkol tükettiği belirlenmiştir.
6. Bu çalışmada, %50,6 (n=39) oranında katılımcı düzenli biçimde fiziksel aktivite yapmadığını, %49,4 (n=38) oranında katılımcı ise sürekli olarak fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. Düzenli biçimde fiziksel aktivite yapanlar haftalık ortalama $204,0 \pm 146,91$ dakika aktivite yapmaktadır.
7. Katılımcıların %70,1'i (n=54) geçmişte diyet uygulamış, %29,9'u (n=23) ise diyet uygulamamıştır. Diyet uygulayanların %45,5'i (n=35) diyetisyen ile, %24,7'si (n=19) kendi başına diyet yapmıştır.
8. Katılımcıların %9,1'i (n=7) ideal gördüğü ağırlıktan az, %7,8'i (n=6) ideal görünen ağırlıkta ve %83,1'i (n=64) ideal gördüğü ağırlıktan fazla olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Kadınların mevcut vücut ağırlıklarının, kendileri için ideal olduğunu düşündükleri vücut ağırlığından ortalama $12,2 \pm 10,73$ kg, erkeklerin ise ortalama $3,4 \pm 7,81$ kg fazla olduğu belirlenmiştir. Bu iki değer arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir bulguya ulaşılmıştır ($p < 0,05$).

9. Kadınların vücut ağırlığı ortalaması $69,5 \pm 15,46$, erkeklerin vücut ağırlığı ortalaması $77,1 \pm 13,36$ olarak bulunmuştur.
10. Bu çalışmada, kadın ve erkeklerin BKİ değerlerinin ortalaması sırasıyla; $25,6 \pm 5,05$ kg/m^2 ve $24,3 \pm 4,13$ kg/m^2 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %6,5'inin (n=5) zayıf, %44,2'sinin (n=34) normal BKİ değerine sahip olduğu belirlenmiştir. Fazla kilolu ve obez bireylerin oranının sırasıyla; %33,8 (n=26) ve %15,6 (n=12) olduğu saptanmıştır. BKİ ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).
11. Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin tükettiği enerji değeri ortalaması sırasıyla $1229,8 \pm 516,24$ kkal ve $2054,6 \pm 1009,19$ kkal olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasında istatistiksel farklılık anlamlı bulunmuş olup, erkeklerin tükettiği enerji kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).
12. Erkekler TÜBER 2022 referans değerine göre tüketmesi gereken enerjinin %80,4'ünü karşılarken, kadınlarda karşılama yüzdesi %60,3 olarak belirlenmiştir.
13. Kadınların enerji alımının yüzdelere göre, karbonhidrat oranı %38,4, protein oranı %16,7 ve yağ oranı ise %44,9'dur. Bu değerler, erkeklerde karbonhidrat %47,8, protein %17,6 ve yağ %33,6 olacak şekilde belirlenmiştir. Tüketilen enerjinin proteinden gelen yüzdesi cinsiyetler arası benzer bir sonuç verirken, erkeklerin karbonhidrat, kadınların ise yağ tüketme yüzdesi anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).
14. Erkek katılımcıların makro besin öğelerinden gelen enerji yüzdelерinin ortalaması önerilen referans aralığında yer alırken, kadınlarda yalnızca proteinin önerilen referans tüketim aralığında olduğu ve karbonhidrat yüzdesinin önerilenin altında, yağ yüzdesinin ise önerilenin üzerinde olduğu belirlenmiştir.
15. Kadınların tüketmiş olduğu; enerji, posa miktarı, D vitamini, potasyum, kalsiyum, demir ve çinko tüketimi referans alım düzeyine göre yetersiz bulunurken; kolesterol, A vitamini, niasin ve B₁₂ vitamini tüketimi önerilen referans düzeyin çok üzerinde bulunmuştur.
16. Erkeklerin, niasin, potasyum, magnezyum demir ve çinko tüketiminin kadınlara göre daha fazla olduğu ve bu farkın anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

17. TFEQ’de kadınların; bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme faktörlerinden aldıkları toplam puan ortalaması erkeklerin puan ortalamalarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
18. TFEQ’de daha önceden diyet uyguladığını belirten bireylerin, kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme puanının, daha önce diyet uygulamayan bireylerin puanlarına göre yüksektir ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
19. TFEQ’de zayıf bireylerin duygusal yeme ve kontrolsüz yeme puan ortalamaları, obez ve fazla kilolu bireylerin puanına göre düşük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).
20. YTT-26’ye göre katılımcıların %31,2’sinde (K: %34,9 ($n=22$), E: %14,3 ($n=2$)) bozulmuş yeme tutumu olduğu belirlenmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların YTT-26 testinden aldıkları toplam puan ortalaması sırasıyla; $17,5\pm13,08$ ve $9,2\pm8,04$ olarak belirlenmiş ve bu iki ortalama istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklı bulunmuştur ($p<0,05$).
21. Kadınların yeme meşguliyeti, kısıtlama ve YTT-26 toplam puanının erkeklerle kıyasla yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
22. Lisansüstü düzeyde eğitim alan bireylerin YTT-26 toplam puanının diğer bireylere kıyasla düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
23. Vücut ağırlığından memnun olan bireylerin YTT-26 puan ortalamasının ($11,6\pm10,31$), vücut ağırlığı memnuniyeti olmayan bireylerin ($17,9\pm11,07$) puan ortalamasına kıyasla düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
24. Daha önce diyet uyguladığını belirten katılımcıların YTT-26 puan ortalaması, kısıtlama ve yeme meşguliyeti puanlarının daha önce diyet uygulamayan bireylerin puan ortalamalarına kıyasla yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
25. Zayıf bireylerin yeme meşguliyeti puanı diğer bireylerden daha az, sosyal baskı puanı ise diğer bireylerden anlamlı şekilde daha fazladır ($p<0,05$).
26. YTT-26’ya göre, YB olmayan katılımcıların enerji, yağ ve karbonhidrat tüketiminin YB olan bireylerin tüketimine kıyasla kıyasla fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

27. YTT-26'da YB olan katılımcıların; TFEQ alt ölçekleri bilişsel kısıtlama, duygusal yeme ve kontrolsüz yeme puan ortalaması, YB olmayan katılımcıların puan ortalamalarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
28. VAÖ sonuçlarına göre; katılımcıların %94,8'inin beden algısının düşük olduğu belirlenmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların VAÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla; $101,1\pm23,60$ ve $87,4\pm22,81$ olarak belirlenmiştir.
29. Beden algısı düşük olan katılımcıların günlük enerji alımı, yağ ve karbonhidrat tüketimi yüksek beden algısına sahip bireylere göre istatistiksel anlamlılık gösterecek şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
30. Bireylerin BKİ ve vücut ağırlığı ile duygusal yeme ve kontrolsüz yeme puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$).
31. Katılımcıların yeme meşguliyeti puanı ile TFEQ faktörleri arasında pozitif korelasyon görülmüştür ($p<0,05$).
32. Bireylerin yaşları ile YTT-26 arasında anlamlı ve negatif bir korelasyon bulunmuştur ($r=-0,027$, $p<0,05$).
33. Katılımcıların yeme meşguliyeti ile BKİ arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0,320$, $p<0,05$).

Sonuç olarak; özel bir beslenme ve diyetetik danışmanlık ofisine başvuran bireylerin %31,2'sinde YB olması önemli bir veridir. Bu veri, bu alanda çalışan profesyonellerin bu konuya dikkatli ve bilinçli yaklaşması gerektiğini göstermektedir.

7. ÖNERİLER

Bu çalışma, beslenme ve psikoloji/ psikiyatri alanlarında önemlidir ve sonuçlar multidisipliner çalışılması gerektiğini göstermektedir.

Diyet geçmişi olan bireylerde yeme bozukluklarının ve bozulmuş yeme davranışlarının arttığına ortaya konması, beslenme uzmanlarının bu konuya farkındalıkla yaklaşması gerektiğini vurgulamaktadır. Fazla BKİ, bozulmuş yeme davranışı, olumsuz beden algısı, diyet geçmişi varlığı, kadın cinsiyet ve genç yaş beslenme uzmanları tarafından yeme bozukluğu riski açısından iyi değerlendirilmeli, bireylerin beslenme durumu saptanmalıdır.

1. Bu çalışmada erkek katılımcı sayısı kadınlara göre daha azdır, gelecekteki çalışmalarda cinsiyet dengesinin gözetilmesi önerilir.
2. Çalışmada, kişilerin beyan ettikleri boy ve ağırlık bilgileri üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Gelecekte yapılması planlanan çalışmalarda detaylı vücut analizi yapılabilir.
3. Beslenme ve diyetetik merkezine başvuran kişilerin yeme davranış bozukluğu riski olabileceği için beslenme uzmanları detaylı bir şekilde değerlendirme yapmalıdır, riskli gruplar göz önünde bulundurulmalıdır.
4. Beslenme uzmanlarının yeme bozukluklarını saptayan ilk kişi olabileceği gibi multidisipliner çalışmanın da ayrılmaz bir parçası olduğu unutulmamalıdır.
5. Yeme bozuklukları ile ilgili farkındalık oluşturmak ve beslenme eğitimi sağlamak için okullarda veli ve öğretmenlere uzman kişilerce eğitim verilebilir.
6. Genç erişkinler için sağlıklı ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite konularında üniversitelerde, belediyelerde eğitimler verilebilir.
7. Sağlıklı ve dengeli beslenme ile ilgili beslenme uzmanlarının yer aldığı kamu spotları oluşturulabilir.
8. Sağlık Bakanlığı, yeme bozuklukları konusunda toplumu bilinçlendirmek için afiş, broşür gibi materyaller oluşturabilir.

- 9.** Medyada, yüksek ölüm oranına sahip psikiyatrik hastalık olan yeme bozuklukları ile ilgili bilgilendirici içeriklerin yer alması sağlanabilir.
- 10.** Medyanın desteğiyle diyeteye yönelik hatalı bakış açılarının değiştirilmesi, sağlıklı beslenmenin ve fiziksel aktivitenin özendirilmesi sağlanabilir.
- 11.** Sağlıklı gıdaya erişim kolaylaştırılabilir.
- 12.** Toplumun genelinde, besin ögesi eksikliği oluşmaması adına besin zenginleştirmeye daha fazla önem verilebilir.
- 13.** Yeme bozuklukları konusunda, beslenme uzmanları için bir rehber hazırlanabilir.
- 14.** Yeme bozuklukları, yeme davranışı ve beden algısını birlikte değerlendirmeyi sağlayan, Türk toplumuna uygun bir ölçek oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

- Abraham, S. A., & Llewellyn-Jones, D.** (2001). *Eating Disorders: The Facts*, 5th edn. Oxford: Oxford University Press.
- Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T. D. & Evers, C.** (2011). Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating. *Psychology and Health*, 26(1), 23-39.
- Agras, W. S., Hammer, L. D., McNicholas, F., & Kraemer, H. C.** (2004). Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years. *Journal of Pediatrics*, 145, 20-25.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., & McLean, N. J.** (2012). The dual-pathway and cognitive-behavioural models of binge eating: prospective evaluation and comparison. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(1), 51-62.
- American Dietetic Association.** (2006). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 2073–2082.
- American Psychiatric Association.** (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (5. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği.
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M.** (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction, and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4177.
- Appelhans, B. M., Woolf, K., Pagoto, S. L., Schneider, K. L., Whited, M. C., & Liebman, R.** (2011). Inhibiting food reward: Delay discounting, food reward sensitivity, and palatable food intake in overweight and obese women. *Obesity*, 19, 2175–2182.
- Ashley, M., & Crino, N.** (2010). A novel approach to treating eating disorders in a day-hospital treatment program. *Nutrition & Dietetics*, 67, 155–159.
- Attri, N., Ravipati, M., Agrawal, P., Healy, C., & Feller, A.** (2008). Rumination syndrome: An emerging case scenario. *Southern Medical Journal*, 101, 432–435.
- Austin, S. B., Haines, J., & Veugelers, P. J.** (2009). Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants. *BMC Public Health*

- Bacon, L., & Aphramor, L.** (2011). Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, 10, 9.
- Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D., & Keim, N. L.** (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 929-936.
- Baird, P., & Sights, J. R.** (1986). Low self-esteem as a treatment issue in the psychotherapy of anorexia and bulimia. *Journal of Counseling & Development*, 64, 449-451.
- Balfe, M., Doyle, F., Smith, D., Sreenan, S., Conroy, R., & Brugha, R.** (2013). Dealing with the devil: weight loss concerns in young adult women with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13), 2030-8.
- Baranowska, B., Wolinska-Witort, E., Wasilewska-Dziubinska, E., Roguski, K. & Chmielowska, M.** (2001). Plasma leptin, neuropeptide Y (NPY) and galanin concentrations in bulimia nervosa and in anorexia nervosa. *Neuroendocrinology Letters*, 22, 356-358.
- Barker, M., Robinsons, S., Wilman, C., & Barker, D. J.** (2000). Behavior, body composition and diet in adolescent girls. *Appetite*, 35(2), 161-170.
- Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R.** (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and weight disorders: EWD*, 23(2), 159-166.
- Baş, M., Aşçı, F. H., Karabudak, E., Kızıltan, G.** (2004). Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish adolescents. *Adolescence*, 39 (155), 593.
- Baş, M., Bozan, N. & Ciğerim, N.** (2008). Dieting, dietary restraint, and binge eating disorder among overweight adolescents in Turkey. *Adolescence*, 43, 635-648.
- BeBiS Öğrenci** (2010). Windows için BeBiS. 8.2, Stuttgart.
- Bello, N. T., & Yeomans, B. L.** (2018). Safety of pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opinion on Drug Safety*, 17(1), 17-23.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M.** (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293-309.
- Berrettini, W. H.** (2000). Genetics of psychiatric disease. *Annu Rev Med*, 51, 465-79.
- Berridge, K. C.** (2009). 'Liking' and 'wanting' food rewards: Brain substrates and roles in eating disorders. *Physiology and Behavior*, 97, 537-550.
- Berridge, K. C., Ho, C. Y., Richard, J. M., & DiFeliceantonio, A. G.** (2010). The tempted brain eats: Pleasure and desire circuits in obesity and eating disorders. *Brain Research*, 1350, 43-64.
- Berry, T. R., Howe, B. L.** (2000). Risk factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of Sport Behavior*, 23, 207-218.
- Bertakis, K. D., Azari, R., Callahan, E.J.** (2000). Gender differences in the utilization of healthcare services. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152.

- Berthoud, H. R.** (2012). The neurobiology of food intake in an obesogenic environment. *Proceedings of the Nutrition Society*, 71, 478-487.
- Beumont, P. J., Beumont, C.C., Touyz, S., & Williams, H.** (1997). Nutritional Counselling and Supervised Exercise (Chapter 9). New York, NY: Guilford Press.
- Beumont, P. J., O'Connor, M., Touyz, S. W., & Williams, H.** (1988). Handbook of Eating Disorders, Part 1. Amsterdam: Elsevier Science.
- Birch, L. L., & Doub, A. E.** (2014). Learning to eat: birth to age 2 y. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99, 723–728.
- Bissada, H., Tasca, G. A., Barber, A. M., & Bradwejn, J.** (2008). Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1281-1288.
- Blundell, J. E., & Finlayson, G.** (2004). Is susceptibility to weight gain characterized by homeostatic or hedonic risk factors for overconsumption? *Physiology & Behavior*, 82, 21–25.
- Boag, F., Weerakoon, J., Ginsburg, J., Havard, C. W., & Dandona, P.** (1985). Diminished creatinine clearance in anorexia nervosa: Reversal with weight gain. *Journal of Clinical Pathology*, 38, 60–63.
- Boggiano, M. M., Chandler, P. C., Viana, J. B., Oswald, K. D., Maldonado, C. R., & Wauford, P. K.** (2005). Combined dieting and stress evoke exaggerated response to opioid in binge-eating rats. *Behavioral Neuroscience*, 5, 1207–1214.
- Boquin, M. M., Moskowitz, H. R., Donovan, S. M., Lee, S. Y.** (2014). Defining perceptions of picky eating obtained through focus groups and conjoint analysis. *Journal of Sensory Studies*, 29, 126–138.
- Brambilla, F., Garcia, C. S., Fassino, S., Daga, G. A., Favaro, A., Santonastaso, P., et al.** (2007). Olanzapine therapy in anorexia nervosa: psychobiological effects. *International Clinical Psychopharmacology*, 22(4), 197-204.
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J.** (2013). Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13(5), 499-508.
- Bratman, S.** (1997). Health Food Junkie: Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there. *Yoga Journal*, 136, 42-44.
- Bratman, S., & Knight, D.** (2000). Orthorexia Nervosa: overcoming the obsession with healthful eating. *Health Food Junkies*. Broadway Books, New York.
- Bresolin, L.** (1993). Body image and health counseling for women, *Arch Fam Med*, 2(10), 1084-7.
- Brewerton, T. D., Lesem, M. D., Kennedy, A., & Garvey, W. T.** (2000). Reduced plasma leptin concentrations in bulimia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 649-658.
- Brown, J. M., & Mehler, P. S.** (2000). Medical complications occurring in adolescents with anorexia nervosa. *The Western Journal of Medicine*, 172, 189-193.

- Brownell, K.** (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behaviour Therapy*, 22, 1-12.
- Bucchianeri, M., & Neumark-Sztainer, D.** (2014). Body dissatisfaction: an overlooked public health concern. *J Public Ment Health*, 13, 64-69.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L.** (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63(3), 305-12.
- Bulik, C., Yilmaz, Z., & Hardaway, A.** (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, 5, 131.
- Cairns, J., & Milne, R. L.** (2006). Eating disorder nutrition counseling: strategies and education needs of English-speaking dietitians in Canada. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 1087–1094.
- Callaway, W.** (1973). Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within. *JAMA*, 225, 997.
- Cappelleri, J. C., Bushmakin, A. G., Gerber, R. A., Leidy, N. K., Sexton, C. C, Lowe, M. R., & Karlsson, J.** (2009). Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *International Journal of Obesity*, 33(6), 611-620.
- Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A., & Barr, S. I.** (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(1 suppl).
- Cash, T. F., Brown, T. A.** (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T. F., Deagle, E. A.** (1997). The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107–126.
- Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A.** (2002). Beyond body image as a trait: The development and validation of the body image states scale. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10(2), 103-113.
- Cashdan, E.** (1994). A sensitive period for learning about food. *Human Nature*, 5, 279–291.
- Casiero, D., & Frishman, W. H.** (2006). Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiology in Review*, 14, 227-231.
- Casper, R.C., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., Eckert, E. D., & Davis, J. M.** (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 60–66.
- Casper, R. C., Jabine, L. N.** (1996). An eight-year follow-up: outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 499–517.
- Castillo, M., & Weiselberg, E.** (2017). Bulimia nervosa/purging disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 85-94.

- Cattarin, J. A., & Thompson, J. K.** (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders*, 2(2), 114-25.
- Cella, S., Cipriano, A., Aprea, C., & Cotrufo, P.** (2021). Self-Esteem and binge eating among adolescent boys and girls: The role of body disinvestment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 7496.
- Chial, H. J., McAlpine, D. E., & Camilleri, M.** (2002). Anorexia nervosa: manifestations and management for the gastroenterologist. *The American Journal of Gastroenterology*, 97, 255-269.
- Choi, P. Y. L., Pope, H. G. Jr., & Olivardia, R.** (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 375–377.
- Cockfield, A., & Philpot, U.** (2009). Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective. *Proceedings of the Nutrition Society*, 68, 281–288.
- Coker, E., & Abraham, S.** (2014). Body weight dissatisfaction: a comparison of women with and without eating disorders. *Eating Behaviors*, 15, 453–459.
- Cole, N. C., An, R., Lee, S. Y., & Donovan, S. M.** (2017). Correlates of picky eating and food neophobia in young children: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition reviews*, 75(7), 516–532.
- Conviser, J. H., Fisher, S. D., & McColley, S. A.** (2018). Are children with chronic illnesses requiring dietary therapy at risk for disordered eating or eating disorders? A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 51(3), 187–213.
- Cooke, R. A., & Chambers, J. B.** (1995). Anorexia nervosa and the heart. *British Journal of Hospital Medicine*, 54(7), 313-317.
- Cossrow, N., Pawaskar, M., Witt, E. A., Ming, E. E., Victor, T. W., Herman, B. K., et al.** (2016). Estimating the Prevalence of Binge Eating Disorder in a Community Sample From the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77, 968–974.
- Couturier, J., & Mahmood, A.** (2009). Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 17, 327–332.
- Custal, N., Arcelus, J., Agüera, Z., Bove, F. I., Wales, J., Granero, R., et al.** (2014). Treatment outcome of patients with comorbid type 1 diabetes and eating disorders. *BMC Psychiatry*, 14, 140.
- Da Luz, F., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A.** (2018). Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*, 10(7), 829.
- Dahlkoetter, J., Callahan, E. J., & Linton, J.** (1979). Obesity and the unbalanced energy equation: Exercise versus eating habit change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 898-905.
- Dansinger, M. L., Gleason, J. A., Griffith, J. L., Selker, H. P., & Schaefer, E. J.** (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction. *JAMA*, 293, 43.

- Darcy, A. M., Doyle, A. C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P., & Le Grange, D.** (2012). The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? *International Journal of Eating Disorders*, 45, 110-4.
- Davidson, J.** (2014). Diabulimia: how eating disorders can affect adolescents with diabetes. *Nursing Standard*, 29(2), 44-9.
- Davies, S., & Jaffa, T.** (2005). Patterns of weekly weight gain during inpatient treatment for adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13, 273-277 (275).
- Deering, S.** (2001). Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician/gynecologists. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 8, 31-35
- Deiana, V., Diana, E., Pinna, F., Atzeni, M. G., Medda, F., Manca, D., et al.** (2016). Clinical features in insulin-treated diabetes with comorbid diabulimia, disordered eating behaviors and eating disorders. *European Psychiatry*, 33, 81.
- Desai, M. N., Miller, W. C., Staples, B., & Bravender, T.** (2008). Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *Journal of American College Health*, 57(1), 109-114.
- Dissabandara, L. O., Loxton, N. J., Dias, S. R., Dodd, P. R., Daglish, M., & Stadlin, A.** (2014). Dependent heroin use and associated risky behaviour: The role of rash impulsiveness and reward sensitivity. *Addictive Behaviors*, 39, 71-76.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C.** (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 151-7.
- Drapeau, V., King, N., Hetherington, M., Doucet, E., Blundell, J. E., & Tremblay, A.** (2007). Appetite sensations and satiety quotient. Predictors of energy intake and weight loss. *Appetite*, 48, 159-166.
- Dresser, L. P., Massey, E. W., Johnson, E. E., & Bossen, E.** (1992). Ipecac myopathy and cardiomyopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 55, 560-562.
- Drewnowski, A., Kurth, C., Holden-Wiltse, J., & Saari, J.** (1992). Food preferences in human obesity: carbohydrates versus fats. *Appetite*, 18(3), 207-221.
- Dunn, TM., & Bratman, S.** (2016). On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
- Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi.** (2018). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS).
- Dymek-Valentine, M., Rienecke-Hoste, R., & Alverdy, J.** (2004). Assessment of binge eating disorder in morbidly obese patients evaluated for gastric bypass: SCID versus QEWP-R. *Eating and Weight Disorders*, 9, 211.
- Edman, J. L., Yates, A., Aruguete, M. S., DeBord, K. A.** (2005). Negative emotion and disordered eating among obese college students. *Eating Behaviours*, 6, 308- 317.
- Elman, I., Borsook, D., & Lukas, S.** (2006). Food intake and reward mechanisms in patients with schizophrenia: Implications for metabolic disturbances and treatment

with second-generation antipsychotic agents. *Neuropsychopharmacology*, 31(10), 2091-2120.

- Epstein, L. H., & Saelens, B. E.** (2000). Behavioral economics of obesity. Food intake and energy expenditure. In W.K. Bickel & R.E. Vuchinich (Eds.), *Reframing health behavior change with behavioral economics* (pp. 293–311). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ergüney-Okumuş, F. E., & Sertel-Berk H. Ö.** (2020). Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 57-78.
- Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E.** (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18, 389-394.
- Ersche, K. D., Jones, P. S., Williams, G. B., Turton, A. J., Robbins, T. W., & Bullmore, E. T.** (2012). Abnormal brain structure implicated in stimulant drug addiction. *Science*, 335, 601–604.
- Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W.** (2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363, 3125–3135.
- Fairburn, C. G., Mphil, D. M., & Cooper, Z.** (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 56(4), 468-476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M.** (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659–665.
- Fairburn, C. G., Harrison, P. J.** (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407–416.
- Falcão, M. A., & Francisco, R.** (2017). Diabetes, eating disorders and body image in young adults: an exploratory study about "diabulimia". *Eating and Weight Disorders*, 22(4), 675–682.
- Fanik, R.** (2014). Insulin manipulation and eating disorders in young people with type 1 diabetes: implications for schools. *Journal of Diabetes Nursing*, 18(6), 238–242.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A.** (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P.** (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1715–1721.
- 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, 701-708.
- Feusner, J., Deshpande, R., & Strober, M.** (2017). A translational neuroscience approach to body image disturbance and its remediation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 1014–1017.

- Fichter, M. M., & Quadflieg, N.** (2016). Mortality in eating disorders—Results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 391–401.
- Flagel, S. B., Akil, H., & Robinson, T. E.** (2009). Individual differences in the attribution of incentive salience to reward-related cues: Implications for addiction. *Neuropharmacology*, 56, 139–148.
- Franken, I. H., & Muris, P.** (2005). Individual differences in reward sensitivity are related to food craving and relative body weight in healthy women. *Appetite*, 45, 198–201.
- Frederich, R., Hu, S., Raymond, N., & Pomeroy, C.** (2002). Leptin in anorexia nervosa and bulimia nervosa: importance of assay technique and method of interpretation. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 139(2), 72-79.
- French, S. A., & Jeffery, R. W.** (1997). Current dieting, weight loss history, and weight suppression: behavioral correlates of three dimensions of dieting. *Addictive Behaviors*, 22, 31-44.
- Gagnon, C., Bélanger, C., & Aimé, A.** (2017). Predictors of comorbid eating disorders and diabetes in people with type 1 and type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 41(1), 52–57.
- Galloway, A. T., Fiorito, L., Lee, Y., & Birch, L. L.** (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *Journal of the American Dietetic Association*, 105(4), 541–548.
- Gardner, R. M., & Moncrief, C.** (1988). Body image distortion in anorexics as a non-sensory phenomenon: a signal detection approach. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 101–107.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., et al.** (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Garfinkel, P. E., Goldbloom, D., Davis, R., Olmsted, M. P., Garner, D. M., Halmi, K. A.** (1992) Body dissatisfaction in bulimia nervosa: relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. *Int J Eat Disord*, 11,151-161.
- Garner, D. M.** (2002). Body Image and Anorexia Nervosa, Body Image. In: *A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Guilford Press. New York. 295-303
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E.** (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E.** (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871–878.
- Gaudio, S., Brooks, S. J., & Riva, G.** (2014). Nonvisual multisensory impairment of body perception in anorexia nervosa: a systematic review of neuropsychological studies. *PLoS ONE*, 9(11), 110087.
- Gearhardt, A. N., Grilo, C. M., DiLeone, R. J., Brownell, K. D., & Potenza, M. N.** (2011). Can food be addictive? Public health and policy implications. *Addiction*, 106(7), 1208–1212.

- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D.** (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52, 430–436.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D.** (2016). Development of the Yale food addiction scale version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(1), 113–121.
- Geary, N.** (2001). Estradiol, CCK and satiation. *Peptides*, 22, 1251-1263.
- Gendall, K. A., Bulik, C. M., Joyce, P. R., McIntosh, V. V., & Carter, F. A.** (2000). Menstrual cycle irregularity in bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 409–415.
- Gluckman, P. D., & Hanson, M. A.** (2008). Developmental and epigenetic pathways to obesity. An evolutionary-developmental perspective. *International Journal of Obesity*, 32, S62–S71.
- Goebel-Fabbri, A. E., Anderson, B. J., Fikkan, J., Franco, D. L., Pearson, K., & Weinger, K.** (2011). Improvement and emergence of insulin restriction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 34(3), 545–550.
- Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J., & Weinger, K.** (2008). Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 31(3), 415–419.
- Gold, P. W., & Chrousos, G. P.** (2002). Organisation of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression. High vs low CRH/NE states. *Molecular Psychiatry*, 7, 254–275.
- Golden, N. H.** (2003). Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 17, 57–73.
- 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. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 51(1), 86–92.
- Goldsmith, R., Joannise, D., Gallagher, D., Pavlov, K., Shamoon, E., Leibel, R. L., et al.** (2010). Effects of experimental weight perturbation on skeletal work efficiency, fuel utilization, and biochemistry in human subjects. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 298(1), 79–88.
- Gonzalez, V. M., & Vitousek, K. M.** (2004). Feared food in dieting and non-dieting young women: A preliminary validation of the Food Phobia Survey. *Appetite*, 43(2), 155–173.
- Goutaudier, N., & Rousseau, A.** (2019). Orthorexia: a new type of Eating Disorder? *Presse Med (Paris, France:1983)*, 48(10), 1065–1071.
- Greene, G. W., Schembre, S. M., White, A. A., Hoerr, S. L., Lohse, B., Shoff, S., Horacek, T., Riebe, D., Patterson, J., Phillips, B. W., Kattelman, K. K., & Blissmer, B.** (2011). Identifying clusters of college students at elevated health risk based on eating and exercise behaviors and psychosocial determinants of body weight. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(3), 394-400.

- Grifen, T. C., Naumann, E., & Hildebrandt, T.** (2018). Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: a review. *Clinical Psychology Review*, 65, 163–174.
- Grilo, C. M., & Mitchell, C. E. (Eds.).** (2009). *The Treatment of Eating Disorders* (s. 66-79). The Guilford Press.
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M.** (2009). DSM-IV psychiatric comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 228-234.
- Grimm, E. R., & Steinle, N. I.** (2011). Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts. *Nutr Rev*, 69(1), 52–60.
- Grogan, S.** (2006) Body image and health: contemporary perspectives. *J Health Psychol*, 11, 523-530.
- Guerrieri, R., Nederkoorn, C., & Jansen, A.** (2008). The interaction between impulsivity and a varied food environment: Its influence on food intake and overweight. *International Journal of Obesity*, 32, 708–714.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Haberman, H. F.** (1987). Dermatologic signs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of Dermatology*, 123, 1386-1390.
- Hadigan, C. M., Anderson, E. J., Miller, K. K., Hubbard, J. L., Herzog, D. B., Klibanski, A., et al.** (2000). Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 284-292.
- Hancock, S. D., Menard, J. L., & Olmstead, M. C.** (2005). Variations in maternal care influence vulnerability to stress-induced binge eating in female rats. *Physiology & Behavior*, 85, 430–439.
- Hanlan, M. E., Griffith, J., Patel, N., & Jaser, S. S.** (2013). Eating disorders and disordered eating in type 1 diabetes: Prevalence, screening, and treatment options. *Current Diabetes Reports*, 13, 909–916.
- Harriger, J. A., Witherington, D. C., & Bryan, A. D.** (2014). Eating pathology in female gymnasts: potential risk and protective factors. *Body Image*, 11(4), 501-508.
- Hart, S., Abraham, S., Luscombe, G. & Russell, J.** (2005) Fluid intake in patients with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 38, 55–59
- Hart, S., Abraham, S., Luscombe, G., & Russell, J.** (2008). Eating disorder management in hospital patients: current practice among dietitians in Australia. *Nutrition & Dietetics*, 65, 16–22.
- Hastings, A., McNamara, N., Allan, J., & Marriott, M.** (2016). The importance of social identities in the management of and recovery from ‘Diabulimia’: a qualitative exploration. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 78–86.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., et al.** (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 977-1008.

- Heatherton, T. F., Herman, C. P., Polivy, J., King, G. A., & McGree, S. T.** (1988). The (mis)measurement of restraint: An analysis of conceptual and psychometric issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 19-28.
- Hendry, L. B., Gillies, P.** (1978) Body type, body esteem, school, and leisure: a study of overweight, average, and underweight adolescents. *J Youth Adolesc*, 7, 181-195.
- Herholz, K.** (1996). Neuroimaging in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 62, 105–110.
- Herman, C. P., & Polivy, J.** (1975). Anxiety, restraint and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 666–672.
- Herman, C. P., & Polivy, J.** (2008). External cues in the control of food intake in humans. The sensory-normative distinction. *Physiology & Behavior*, 94(5), 722-728.
- Herman, C. P., Van Strien, T., & Polivy, J.** (2008). Undereating or eliminating overeating? *American Psychologist*, 63, 202–203.
- Herpertz-Dahlmann, B., Wewetzer, C., Hennighausen, K., & Remschmidt, H.** (1996). Outcome, psychosocial functioning, and prognostic factors in adolescent anorexia nervosa as determined by prospective follow-up assessment. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 455–471.
- Herrin, M.** (1999). Balancing the scales. Nutritional counseling for women with eating disorders. *AWHONN Lifelines*, 3, 26–34.
- Herrin, M.** (2003). *Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Herzog, D. B., Eddy, K. T., & Beresin, E. V.** (2006). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Dulcan, M.K., & Wiener, J.M. (Eds.), *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., et al.** (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 20–26.
- Herzog, W., Deter, H. C., Fiehn, W., & Petzold, E.** (1997). Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: A prospective, 12-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 27, 269–279.
- Hoang, U., Goldacre, M., & James, A.** (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study, England, 2001–2009. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 507–515.
- Horne, R. L., Van Vactor, J. C., & Emerson, S.** (1991). Disturbed body image in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 211–215.
- Houben, K., Nederkoorn, C., & Jansen, A.** (2012). Too tempting to resist? Past success at weight control rather than dietary restraint determines exposure-induced disinhibited eating. *Appetite*, 59, 550-555.
- Hovardaoğlu, S.** (1993). Vücut Algısı Ölçeği. İ. Dağ (Ed.), *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi Ek Sayı, Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Ölçekler*, 1(Ek Sayı: 2), 26-27.

- Hsu, L. K. G., Holben, B., & West, S.** (1992). Nutritional counseling in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 55–62.
- 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(3), 348-358.
- Huse, D. M., & Lucas, A. R.** (1983). Dietary treatment of anorexia nervosa. *Journal of the American Dietetic Association*, 83, 687–690.
- Hussain, S. S., & Bloom, S. R.** (2013). The regulation of food intake by the gut-brain axis: Implications for obesity. *International Journal of Obesity (London)*, 37, 625-633.
- Izydorczyk, B., & Sitnik-Warchulska, K.** (2018). Sociocultural appearance standards and risk factors for eating disorders in adolescents and women of various ages. *Frontiers in Psychology*, 9, 429.
- Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, G. T., Drewnowski, A., Stunkard, A. J., & Wing, R. R.** (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychology*, 19, 5–16.
- Jimerson, D. C., Mantzoros, C., Wolfe, B. E., & Metzger, E. D.** (2000). Decreased serum leptin in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85, 4511-4514.
- Johnson, G. L., Humphries, L. L., Shirley, P. B., Mazzoleni, A., & Noonan, J. A.** (1986). Mitral valve prolapse in patients with AN and bulimia. *Archives of Internal Medicine*, 146, 1525–1529.
- Jones, J. M., Lawson, M. L., Daneman, D., Olmsted, M. P., & Rodin, G.** (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: Cross-sectional study. *BMJ*, 320(7249), 1563–1566.
- Kamel, N., Chami, T., Andersen, A., Rosell, F. A., Schuster, M. M., & Whitehead, W. E.** (1991). Delayed gastrointestinal transit times in AN and bulimia nervosa. *Gastroenterology*, 101, 11320–11324.
- Karakuş, S. Ş, Yıldırım, H., & Büyüköztürk, Ş.** (2016). Üç faktörlü yeme ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 229-237.
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L., & Sullivan, M.** (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women: Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity*, 24(12), 1715.
- Katz, M. G., & Vollenhaven, B.** (2000). The reproductive consequences of anorexia nervosa. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 107, 707-713.
- Kaye, W. H.** (1997). Anorexia nervosa, obsessional behavior, and serotonin. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 335-344.
- Kaye, W. H., Ebert, M. H., Raleigh, M., & Lake, R.** (1984). Abnormalities in CNS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 41, 350-355.

- Kaye, W. H., Frank, G. K., & McConaha, C.** (1999). Altered dopamine activity after recovery from restricting-type anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology*, 21, 503-506.
- Keel, P. K., & Mitchell, J. E.** (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J.** (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L.** (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., Rissanen, A., & Kaprio, J.** (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: A nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39, 823-831.
- 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.
- King, G. A., Herman, C. P., & Polivy, J.** (1987). Food perception in dieters and non-dieters. *Appetite*, 8(2), 147-158.
- Kinik, M. F., Gönüllü, F. V., Vatansever, Z., & Karakaya, I.** (2017). Diabulimia, a type I diabetes mellitus-specific eating disorder. *Turk Pediatri Arsivi*, 52(1), 46-49.
- Kinzl, J., Biehl, W., & Herold, M.** (1993). Significance of vomiting for hyperamylasemia and sialadenosis in patients with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 13, 117-124.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W.** (1999). Binge eating disorder in females: a population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287-292.
- Kirk, S.** (1993). Nutritional counselling in bulimia nervosa: A case study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 6, 57-61.
- Klump, K. L., Wonderlich, S., Lehoux, P., Lilienfeld, L. R., & Bulik, C. M.** (2002). Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 118-135.
- Kornstein, S. G., Kunovac, J. L., Herman, B. K., & Culpepper, L.** (2016). Recognizing binge-eating disorder in the clinical setting: A review of the literature. *The primary care companion for CNS disorders*, 26, 18(3).
- Krahn, D. D., Rock, C., Dechert, R. E., Nairn, K. K., & Hasse, S. A.** (1993). Changes in resting energy expenditure and body composition in anorexia nervosa patients during refeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 93, 434-438.
- Kreipe, R. E., & Harris, J. P.** (1992). Myocardial impairment resulting from eating disorders. *Pediatric annals*, 21(11), 760-768.
- Kreipe, R. E., & Kidder, F.** (1986). Comparison of two hospital treatment programs for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 649-657.

- Kulick, D., Hark, L., & Deen, D.** (2010). The bariatric surgery patient: A growing role for registered dietitians. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 593-599.
- Küey, A. G.** (2008). Ergenlerde yeme bozuklukları. In Çuhadaroğlu Çetin F. (Ed.), *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (s. 407-423). HYB yayınevi.
- Laessle, R. G., Beumont, P. J., Butow, P., Lennerts, W., O'Connor, M., Pirke, K. M., Touyz, S. W., & Waadt, S.** (1991). A comparison of nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 250-261.
- Latner, J. D., & Wilson, T.** (2000). Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eating Behaviors*, 1, 3-21.
- Laue, L., Gold, P. W., Richmond, A., & Chrousos, G. P.** (1991). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Pathophysiologic implications. *Advances in Pediatrics*, 38, 287-316.
- Lesdéma, A., Fromentin, G., Daudin, J. J., Arlotti, A., Vinoy, S., Tome, D., & Marsset-Baglieri, A.** (2012). Characterization of the Three-Factor Eating Questionnaire scores of a young French cohort. *Appetite*, 59(2), 385-390.
- Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D., & Hessen, L. D.** (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 11-20.
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S.** (2017). Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: a review. *Nutrients*, 9, 1294.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A.** (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H.** (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426-440.
- Lipowska, M., Lipowski, M.** (2013) Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychol Rep*, 1, 72-81.
- Lo Russo, L., Campisi, G., De Fede, O., Di Liberto, C., Panzarella, V., & Lo Muzio, L.** (2008). Oral manifestations of eating disorders: A critical review. *Oral Diseases*, 14, 479-484.
- Lowe, M. R.** (2002). Dietary restraint and overeating. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, NY: The Guilford Press, 88-92.
- Lowe, M. R., Annunziato, R. A., Markowitz, J. T., Didie, E., Bellace, D. L., Riddell, L., Maille, C., McKinney, S., & Stice, E.** (2006). Multiple types of dieting prospectively predict weight gain during the freshman year of college. *Appetite*, 47, 83-90.
- Lowe, M. R., Butryn, M. L., Didie, E. R., Annunziato, R. A., Thomas, J. G., Crerand, C. E., et al.** (2009). The power of food scale. A new measure of the psychological influence of the food environment. *Appetite*, 53(1), 114-118.

- Lowinger, K., Griffiths, R. A., Beumont, P. J., Scicluna, H., & Touyz, S. W.** (1999). Fluid restriction in anorexia nervosa: A neglected symptom or new phenomenon? *International Journal of Eating Disorders*, 26, 392–396.
- Lumeng, J. C.** (2005). Picky eating. In: Parker S, Zuckerman B, Augustyn M, eds. *Developmental and Behavioral Pediatrics: A Handbook for Primary Care*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 265–267.
- Macht, M., Haupt, C., & Salewsky, A.** (2004). Emotions and eating in everyday life. Application of the experience-sampling method. *Ecology of Food and Nutrition*, 43(4), 11-21.
- Mairs, R., & Nicholls, D.** (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168-1175.
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B., & Chatman, J.** (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62, 220–233.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R.** (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Martinsen, M., Bahr, R., Børresen, R., Holme, I., Pensgaard, A. M., & Sundgot-Borgen, J.** (2014). Preventing eating disorders among young elite athletes: A randomized controlled trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 46(3), 435-447.
- Mascola, A. J., Bryson, S. W., & Agras, W. S.** (2010). Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eating Behaviors*, 11, 253–257.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M.** (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141–146.
- McClain, C., Humphries, L. L., Hill, K. K., & Nicki, N. S.** (1993). Gastrointestinal and nutritional aspects of eating disorders. *Journal of the American College of Nutrition*, 12, 466-474.
- Mehler, P. S., Blalock, D. V., Walden, K., Kaur, S., McBride, J., Walsh, K., & Watts, J.** (2018). Medical findings in 1,026 consecutive adult inpatient-residential eating disordered patients. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 305–313.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., White, D. R.** (2001) Body-esteem scale for adolescents and adults. *J Pers Assess*, 76, 90-106
- Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L., Steiger, H.** (2002) The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *Int J Eat Disord*, 31,318- 323.
- Merriman, S. H.** (1996). Nutrition education in the treatment of eating disorders: A suggested 10 session course. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 9, 377–380.
- Mikhail, M. E., Culbert, K. M., Sisk, C. L., & Klump, K. L.** (2019). Gonadal hormone contributions to individual differences in eating disorder risk. *Current Opinion in Psychiatry*, 32, 484–490.
- Milosevic, A., Brodie, D. A., & Slade, P. D.** (1997). Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 195–199.

- Misra, M., Aggarwal, A., Miller, K. K., Almazan, C., Worley, M., Soyka, L. A., et al.** (2004). Effects of anorexia nervosa on clinical, hematologic, biochemical, and bone density parameters in community-dwelling adolescent girls. *Pediatrics*, 114, 1574-1583.
- Mitchell, J. E., Crow, S.** (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 438-443.
- Mitchell, J. E., Pomeroy, C., Seppala, M., & Huber, M.** (1988). Pseudo-Bartter's syndrome, diuretic abuse, idiopathic edema and eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 7, 225-237.
- Mitchell, J. E., Specker, S. M., & de Zwaan, M.** (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52(Suppl), 13-20.
- Mondraty, N., Birmingham, C. L., Touyz, S., Sundakov, V., Chapman, L., & Beumont, P.** (2005). Randomized controlled trial of olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa. *Australas Psychiatry*, 13(1), 72-75.
- Monteleone, P., Fabrazzo, M., Tortorella, A., Fuschino, A., & Maj, M.** (2002). Opposite modifications in circulating leptin and soluble leptin receptor across the eating disorder spectrum. *Molecular Psychiatry*, 7, 641-646.
- Moreno, S., Warren, C. S., Rodríguez, S., Fernández, M. C., & Cepeda-Benito, A.** (2009). Food cravings discriminate between anorexia and bulimia nervosa: Implications for "success" versus "failure" in dietary restriction. *Appetite*, 52(3), 588-594.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, C. J., Yager, J., & Weintraub, P.** (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E.** (2017). Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70-84.
- Nasser, M.** (1993). A prescription of vomiting: Historical footnotes. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 129-131.
- Nederkoorn, C., Braet, C., Van Eijs, Y., Tanghe, A., & Jansen, A.** (2006). Why obese children cannot resist food: The role of impulsivity. *Eating Behaviors*, 7, 315-322.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., & Eisenberg, M. E.** (2007). Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from Project EAT-II: A 5-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(3), 448-455.
- Ng, L., & Davis, C.** (2013). Cravings and food consumption in binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(4), 472-475.
- Nicklaus, S., Boggio, V., Chabanet, C., & Issanchou, S.** (2005). A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence, and early adult life. *Appetite*, 44, 289-297.

- Nielsen, S.** (2002). Eating disorders in females with type 1 diabetes: An update of a meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 10(4), 241–254.
- Nova, E., Toro, O., Varela, P., Lopez-Vidriero, I., Morande, G., & Marcos, A.** (2006). Effects of a nutritional intervention with yogurt on lymphocyte subsets and cytokine production capacity in anorexia nervosa patients. *European Journal of Nutrition*, 45, 225–233.
- O'Connor, M., Touyz, S., & Beumont, P.** (1988). Nutritional management and dietary counseling in bulimia nervosa: Some preliminary observations. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 657–662.
- Ohwada, R., Hotta, M., Oikawa, S., & Takano, K.** (2006). Etiology of hypercholesterolemia in patients with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 39, 598–601.
- Olguin, P., Fuentes, M., Gabler, G., Guerdjikova, A. I., Keck, P. E., Jr., & McElroy, S. L.** (2017). Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat. Weight Disord. EWD*, 22, 13–26.
- Olivardia, R.** (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(5), 254–259.
- Olivares, J. L., Vazquez, M., Fleta, J., Moreno, L. A., Perez-Gonzalez, J. M., & Bueno, M.** (2005). Cardiac findings in adolescents with anorexia nervosa at diagnosis and after weight restoration. *European Journal of Pediatrics*, 164, 383–386.
- Olmstead, M. P., Colton, P. A., Daneman, D., Rydall, A. C., & Rodin, G. M.** (2008). Prediction of the onset of disturbed eating behavior in adolescent girls with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 31(10), 1978–1982.
- Omizo, S. A., & Oda, E. A.** (1988). Anorexia nervosa: Psychological considerations for nutrition counseling. *Journal of the American Dietetic Association*, 88, 49–51.
- Orsel, S., Işık Canpolat, B., Akdemir, A., Ozbay, H.** (2004). Comparison of body-image self-perception and BMI of dieting adolescents with those of non-dieters. *Türk Psikiyatri Derg*, 15, 5–15.
- Overby, K. J., & Litt, I. F.** (1988). Mediastinal emphysema in an adolescent with anorexia nervosa and self-induced emesis. *Pediatrics*, 81, 134–136.
- Ozier, A. D., & Henry, B. W.** (2011). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236–1241.
- Peters, T. E., Parvin, M., Petersen, C., Faircloth, V. C., & Levine, R. L.** (2007). A case report of Wernicke's encephalopathy in a pediatric patient with anorexia nervosa—restricting type. *Journal of Adolescent Health*, 40, 376–383.
- Petre, B., Scheen, A. J., Ziegler, O., Donneau, A. F., Dardenne, N., Husson, E., et al.** (2016). Body image discrepancy and subjective norm as mediators and moderators of the relationship between body mass index and quality of life. *Patient Preference Adherence*, 10, 2261–2270.

- Philpot, U.** (2013). Eating disorders in young people with diabetes: Development, diagnosis and management. *J Diabetes Nurs*, 17(6), 228–232.
- Pietiläinen, K. H., Saarni, S. E., Kaprio, J., & Rissanen, A.** (2012). Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity*, 36, 456–464.
- Polivy, J., & Herman, C. P.** (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193–201.
- Polivy, J., & Herman, C. P.** (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213.
- Pomeroy, C.** (2001). Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: Assessment of physical status. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 177–203). American Psychological Association.
- Pomeroy, C., Mitchell, J. E., Roerig, J., & Crow, S.** (2002). Medical complications of psychiatric illness. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Pope, H. G. Jr., Katz, D. L., & Hudson, J. I.** (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 406–409
- Pope, H. G. Jr., & Brower, K. J.** (2000). Anabolic-androgenic steroid abuse. In Sadock, B.J. & Sadock V.A. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry VII*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pope, H. G. Jr., Phillips, K. A., & Olivardia, R.** (2000). *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. New York: Free Press.
- Pope, H. G. Jr., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A.** (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548–557.
- Power, Y., Power, L., & Canadas, M. B.** (2008). Low Socioeconomic Status Predicts Abnormal Eating Attitudes in Latin American Female Adolescents. *Eating Disorders*, 16(2), 136–145.
- Powers, P., & Bruty, H.** (2008). Pharmacotherapy for eating disorders and obesity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18, 175–187.
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L.** (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*.
- Raffi, A. R., Rondini, M., Grandi, S., & Fava, G. A.** (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychol. Med.*, 30, 727–731.
- Robinson, T.** (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res. Rev.*, 18, 247–291.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C.** (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*, 96, 103–114.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C.** (2003). Addiction. *Annu. Rev. Psychol.*, 54, 25–53.

- Roche, F., Barthelemy, J. C., Mayaud, N., Pichot, V., Duverney, D., German, N., et al.** (2005). Refeeding normalizes the QT rate dependence of female anorexic patients. *American Journal of Cardiology*, 95, 277–280.
- Rock, C., & Yager, J.** (1987). Nutrition and eating disorders: A primer for clinicians. *Int. J. Eat. Disord.*, 6, 267–280.
- Rohrer, J. E., Vickers-Douglas, K. S., & Stroebel, R. J.** (2009). Uncontrolled eating and obesity in adult primary care patients. *Obesity Research & Clinical Practice*, 3(2), 115–121.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C.** (2007). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. Guilford Press. New York. 74-75.
- Rolls, E. T.** (1997). Taste and olfactory processing in the brain and its relation to the control of eating. *Critical Reviews of Neurobiology*, 11(4), 263-287.
- Rosewall, J. K., Gleaves, D. H., Latner, J. D., Tronieri, J. S., Nolan, L. J., & Anderson, L. M.** (2019). Psychopathology factors that affect the relationship between body size and body dissatisfaction and the relationship between body dissatisfaction and eating pathology. *Front Psychol*, 9, 2768.
- Sachs, K., & Mehler, P. S.** (2016). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eat Weight Disord*, 21(1), 13-18.
- Salvy, S. J., & McCargar, L.** (2002). Nutritional interventions for individuals with bulimia nervosa. *Eat Weight Disord*, 7, 258–267.
- Sanlier, N., Navruz Varli, S., Macit, M. S., Mortas, H., Tatar, T.** (2017). Evaluation of disordered eating tendencies in young adults. *Eat Weight Disord*, 22(4), 623-631.
- Sanlier, N., Yabanci, N., & Alyakut, Ö.** (2008). An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Appetite*, 51(3), 641–645.
- Santonastaso, P., Friederici, S., & Favaro, A.** (1999). Full and partial syndromes in eating disorders: A 1-year prospective study of risk factors among female students. *Psychopathology*, 32, 50-56.
- Savaşır, I., & Erol, N.** (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
- Schebendach, J. E., Mayer, L. E., Devlin, M. J., Attia, E., Contento, I. R., Wolf, R. L., & Walsh, B. T.** (2008). Dietary energy density and diet variety as predictors of outcome in anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(4), 810–816.
- Schocken, D. D., Holloway, J. D., & Powers, P. S.** (1989). Weight loss and the heart. *Archives of Internal Medicine*, 149, 877-881.
- Schüle, C., Sighart, C., Hennig, J., & Laakmann, G.** (2006). Mirtazapine inhibits salivary cortisol concentrations in anorexia nervosa. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(6), 1015-1019.
- Schwartz, M., Woods, S., Porte, D., Jr, Seeley, R. J., & Baskin, D. G.** (2000). Central nervous system control of food intake. *Nature*. 404, 661–671.
- Scribner Reiter, C., & Graves, L.** (2010). Nutrition therapy for eating disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25, 122-136.

- Secord, P. F., & Jouard, S. M.** (1953). The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Senzaki, H., Kurihara, M., Masutani, S., Sasaki, N., Kyo, S., & Yokote, Y.** (2006). Left ventricular hypertrophy and outflow tract obstruction in a patient with anorexia nervosa. *Circulation*, 113, 759-761.
- Serfaty, M., Turkington, D., Heap, M., Ledsham, L., & Jolley, E.** (1999). Cognitive therapy versus dietary counseling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Effects of the treatment phase. *European Eating Disorders Review*, 7, 334-350.
- Sertel, Y. G.** (2013). Hayatın Tadı'nda Kadın-Beden İlişkisi. *Folklor/Edebiyat*, 75 (19), 211-220.
- Sertel, Y. G.** (2014). Female Outcasts-Essays On American Novel. Author House. Bloomington.
- Shisslak, C. M., Crago, M., McKnight, K. M., Estes, L. S., Gray, N., & Parnaby, O. G.** (1998). Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 301-13.
- Siega-Riz, A. M., Deming, D. M., Reidy, K. C., Fox, M. K., Condon, E., & Briefel, R. R.** (2010). Food consumption patterns of infants and toddlers: Where are we now? *Journal of the American Dietetic Association*, 110(12 Suppl), 38-51.
- Signorini, A., De Filippo, E., Panico, S., De Caprio, C., Pasanisi, F., & Contaldo, F.** (2007). Long-term mortality in anorexia nervosa: A report after an 8-year follow-up study and a review of the most recent literature. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 119-122.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W.** (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Solomon-Krakus, S., Sabiston, C. M., Brunet, J., Castonguay, A. L., Maximova, K., & Henderson, M.** (2017). Body image self-discrepancy and depressive symptoms among early adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 60, 38-43.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., & Agras, S.** (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203.
- Spitzer, R. L., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M. D., Wadden, T., Wing, R., et al.** (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.
- Spoor, S. T. P., Stice, E., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., Croon, M. A., & Van Heck, G. L.** (2006). Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 700-707.
- SPSS Inc** (2022) SPSS for Windows. Version 25.0.
- Steinberg, S., Tobin, D., & Johnson, C.** (1989). The role of bulimic behaviors in affect regulation: Different functions for different patient subgroups? *International Journal of Eating Disorders*, 9, 51-55.

- Steinhausen, H. C., & Weber, S.** (2009). The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331-1341.
- Steinhausen, H. C., Seidel, R., & Metzke, C. W.** (2000). Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychological Medicine*, 30, 1089-98.
- Stice, E.** (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 931-944.
- Stice, E.** (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 1-12.
- Stice, E.** (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E., Agras, W. S.** (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Stice, E., Akutagawa, D., Gaggan, A., & Agras, W. S.** (2000). Negative affect moderates the relation between dieting and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 218-229.
- Stice, E., Mazotti, L., Krebs, M., & Martin, S.** (1998). Predictors of adolescent dieting behaviors: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 195-205.
- 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, 985-993.
- Stormer, S. M., & Thompson, J. K.** (1996). Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 193-202.
- Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R.** (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1143-1156.
- Striegel-Moore, R.** (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*, (pp. 144-172). New York: Guilford.
- Striegel-Moore, R.** (1997). Risk factors for eating disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 817, 98-109.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Taylor, C. B., Daniels, S., Crawford, P. B., et al.** (2003). Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1326-1331.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C.** (2009). Gender differences in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 471-474.
- Strumia, R.** (2005). Dermatologic signs in patients with eating disorders. *American Journal of Clinical Dermatology*, 6, 165-173.

- Stunkard, A. J.** (1959). Eating patterns and obesity. *The Psychiatric Quarterly*, 33, 284–295.
- Stunkard, A. J.** (1993). A history of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 15–34). New York: Guilford Press.
- Stunkard, A. J.** (2011). Eating disorders and obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 765–771.
- Stunkard, A. J. & Messick, S.** (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (1), 71-83.
- Sullivan, P. F.** (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073–1074.
- Sunday, S. R., & Halmi, K. A.** (1996). Micro- and macroanalyses of patterns within a meal in anorexia and bulimia nervosa. *Appetite*, 26, 21–36.
- Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J. H., Bahr, R., & Schneider, L. S.** (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34, 190–195.
- Sundgot-Borgen, J., Torstveit, M. K.** (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(1), 25–32.
- Sümbüloğlu, V.** (2016). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*. 7. Baskı. Hatiboğlu Yayınları. Ankara.
- T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü.** (2012). Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması, Yayın No: 894.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** (2019). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). Yayın No: 1132.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** (2022). Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER), Yayın No: 1031.
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** (2006). Ulusal Hanehalkı Araştırması-2003 Temel Bulgular.
- Takakura, S., Nozaki, T., Nomura, Y., Koreeda, C., Urabe, H., Kawai, K., et al.** (2006). Factors related to renal dysfunction in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 11, 73–77.
- Takii, M., Uchigata, Y., Tokunaga, S., Amemiya, N., Kinukawa, N., Nozaki, T., et al.** (2008). The duration of severe insulin omission is the factor most closely associated with the microvascular complications of type 1 diabetic females with clinical eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 259–264.
- Tharner, A., Jansen, P. W., Kiefte-de Jong, J. C., Moll, H. A., van der Ende, J., Jaddoe, V. W., et al.** (2014). Toward an operative diagnosis of fussy/picky eating: a latent profile approach in a population-based cohort. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 14.

- 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.
- Thomas, D.** (2000). The dietitian's role in the treatment of eating disorders. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 25, 55-60.
- Thomas, M. A., & Rebar, R. W.** (1990). The endocrinology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2, 831-836.
- Thompson, J. K., Burke, N. L., & Krawczyk, R.** (2012). Measurement of body image in adolescence and adulthood. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 512-520). London: Elsevier Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5.
- Tóthová, L.** (2020). Eating disorders in adolescence: Social causes and consequences. *Journal of Interdisciplinary Research*, 9, 354-357.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U.** (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899-911.
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., & Wentz, E.** (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 1-22.
- Trunko, M. E., Schwartz, T. A., Duvvuri, V., & Kaye, W. H.** (2011). Aripiprazole in anorexia nervosa and low-weight bulimia nervosa: case reports. *International Journal of Eating Disorders*, 44(3), 269-275.
- TURDEP II Çalışma Grubu.** (2010) TURDEP II Sonuçları.
- Tüfekçi Alphan, M. E.** (2019). *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*. 1. Baskı. Hatiboğlu Yayınları. Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu.** (2022). Türkiye Sağlık Araştırması.
- Udo, T., & Grilo, C. M.** (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry*, 84, 345-354.
- Ünüvar, B., Acar, F.** (2020). Sağlıklı hayat merkezine başvuran hastaların tercih sebeplerinin araştırılması: Karaman örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 317-327.
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & 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, 295-315.
- Van Wymelbeke, V., Brondel, L., Marcel Brun, J., & Rigaud, D.** (2004). Factors associated with the increase in resting energy expenditure during refeeding in malnourished anorexia nervosa patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80, 1469-1477.
- Vançelik, S., Önal, S., Güraksın, A., & Beyhu, E.** (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme, bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(4); 242-248.

- Vardar, E., & Erzen, M.** (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F.** (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 103–111.
- Verweij, L. M., Coffeng, J., van Mechelen, W., & Proper, K. I.** (2011). Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behavior interventions on weight outcomes. *Obesity Reviews*, 12, 406–429.
- Victor, J.** (2007). Introduction: The need to address older women's mental health issues. *Journal of Women & Aging*, 19, 1–12.
- Villarejo, C., Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Penas-Lledo, E., Granero, R., Penelo, E., & Menchon, J. M.** (2012). Lifetime obesity in patients with eating disorders: Increasing prevalence, clinical and personality correlates. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 250–254.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T.** (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391–420.
- Walsh, B. T., & Devlin, M. J.** (1998). Eating disorders: Progress and problems. *Science*, 280, 1387–1390.
- Walters, E. E., & Kendler, K. S.** (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64–71.
- Wardle, J., Carnell, S., Haworth, C. M. A., Farooqi, I. S., O'Rahilly, S., & Plomin, R.** (2008). Obesity associated genetic variation in FTO is associated with diminished satiety. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93, 3640–3643.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K., & Muir, S. L.** (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 345–355.
- Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S.** (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30-37.
- Whisenant, S. L., & Smith, B. A.** (1995). Eating disorders: Current nutrition therapy and perceived needs in dietetics education and research. *Journal of the American Dietetic Association*, 95, 1109–1112.
- Willard, S. G., Anding, R. H., & Winstead, D. K.** (1983). Nutritional counseling as an adjunct to psychotherapy in bulimia treatment. *Psychosomatics*, 24, 545–547, 550–541.
- Williams, H., & O'Connor, M.** (2000). Dietetics and nutrition. In D. Gaskill & F. Sanders (Eds.), *The Encultured Body: Policy implications for Healthy Body Image and Disordered Eating Behaviours* (pp. 126–131).
- Wilson, A. J., Touyz, S. W., O'Connor, M., & Beumont, P. J.** (1985) Correcting the eating disorder in anorexia nervosa. *J. Psychiatr. Res.* 19, 449–451.
- Wilson, G. T., Becker, C. B., & Heffernan, K.** (2003). Eating disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 687–715). The Guilford Press. New York.

- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M.** (2007). Psychological treatment for eating disorders. *American Journal of Psychology*, 62, 199–216.
- Winston, A. P.** (2012). The clinical biochemistry of anorexia nervosa. *Annals of Clinical Biochemistry*, 49(2), 132–143.
- Winston, A. P., Gowers, S., Jackson, A. A., Richardson, K., Robinson, P., Shenkin, A., Williams, K.** (2005). *Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa*, 42. London: Royal College of Psychiatrists.
- Woo, L. M. H.** (1986). Diet counseling: Treatment of anorexia nervosa and bulimia. *Topics in Clinical Nutrition*, 1, 73–84.
- World Health Organization** (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. *ICD-10*.
- World Health Organization** (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *WHO Technical Report Series*, 894.
- Yager, J., & Andersen, A. E.** (2008). Clinical practice: Anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 353, 1481–1488.
- Yılmaz, D., Ayaz, A., & Büyüktuncer Demirel, Z.** (2013). Kız üniversite öğrencilerinde yeme tutumunun kişisel beden imajı algısı ile ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 41(3), 227–233.
- Zawartailo, L., Attwells, S., deRuiter, W. K., Le, T. L., Dawson, D., & Selby, P.** (2020). Food addiction and tobacco use disorder: common liability and shared mechanisms. *Nutrients*, 12(12), 3834.
- Zerbe, K.** (2008). *Integrated Treatment of Eating Disorders: Beyond the Body Betrayed*. W.W. Norton and Co, London, UK, 38-39.
- Zhu, A. J., & Walsh, B. T.** (2002). Pharmacologic treatment of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 227–234.
- Zickgraf, H. F., Ellis, J. M., & Essayli, J. H.** (2019). Disentangling orthorexia nervosa from healthy eating and other eating disorder symptoms: Relationships with clinical impairment, comorbidity, and self-reported food choices. *Appetite*, 134, 40–49.

<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi:18.11.2023.

EKLER

EK 1: Genel Bilgiler Formu

BİR MERKEZE BAŞVURAN 18-25 YAŞ ARASI BİREYLERİN YEME BOZUKLUĞU, YEME DAVRANIŞI VE BEDEN ALGISININ BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. GENEL BİLGİLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
3. Ağırlık (kg):
4. Boy (cm):
5. En Yüksek Kilonuz (Kadınlar İçin Hamilelik Hariç):
6. Yetişkinlikteki En Düşük Kilonuz:
7. İdeal Kilonuz:
8. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1.) İlköğretim 2.) Ortaöğretim 3.) Lise 4.) Ön lisans 5.) Lisans 6.)
Lisansüstü (yüksek lisans / doktora/ uzmanlık)
9. Medeni durumunuz nedir?
 - 1.) Evli 2.) Bekar 3.) Diğer (belirtiniz)
10. Mesleğiniz nedir?
11. Çalışma durumunuz nedir?
 - 1.) Evet 2.) Hayır
12. Ortalama aylık geliriniz ne kadar?
 - 1.) 2500 TL'den az 2.) 2500 TL – 5000 TL 3.) 5001 TL -10000 TL 4.)
10000 TL'den fazla
13. Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?
 - 1.) Evet 2.) Hayır
14. Cevabınız 'EVET' ise bu hastalık nedir?
 - 1.) Obezite 2.) Diyabet 3.) Hipertansiyon 4.) Solunum sistemi
hastalıkları 5.) Kanser 6.) Sindirim sistemi hastalıkları 7.) Hormonal
hastalıklar 8.) Vitamin ve mineral yetersizlikleri 9.) Psikolojik
sorunlar 10.) Kalp-Damar hastalıkları 11.) Kas- kemik-eklem
hastalıkları 12.) Böbrek Hastalıkları 13.) Nörolojik Hastalıklar 14.)
Diğer (belirtiniz)
15. Sigara içiyor musunuz?
 - 1.) Evet 2.) Hayır
16. Cevabınız 'EVET' ise günde kaç tane içiyorsunuz?
17. Alkol tüketiyor musunuz?
 - 1.) Evet 2.) Hayır
18. Cevabınız 'EVET' ise alkollü içeceklerden genellikle ne tüketirsiniz?
 - 1.) Bira 2.) Şarap 3.) Viski 4.) Cin 5.) Rakı 6.) Votka 7.) Diğer
(belirtiniz)
19. Cevabınız 'EVET' ise tüketim miktarınız nedir?

- 1.) 1 2.) 2 3.) 3-4 4.) 5-6 5.) 7 ve daha fazla
20. Cevabınız 'EVET' ise tüketim sıklığı nedir?
1.) Ayda bir veya daha az 2.) Haftada bir veya daha az 3.) Haftada 2-4 kez 4.) Haftada 5 kez veya daha fazla
21. Fiziksel aktivite yapıyor musunuz?
1.) Evet 2.) Hayır
22. Cevabınız 'EVET' ise genellikle haftada kaç dakika yapıyorsunuz?
.....
23. Kilonuzdan memnun musunuz?
1.) Evet 2.) Hayır 3.) Bazen
24. Genel beslenmenizi nasıl değerlendirirsiniz?
1.) İyi 2.) Orta 3.) Kötü 4.) Çok iyi 5.) Mükemmel
25. Daha önce bir diyet uyguladınız mı?
1.) Evet 2.) Hayır
26. Cevabınız 'EVET' ise kimin kontrolünde uyguladınız?
1.) Diyetisyen 2.) Doktor 3.) Kendi başıma

EK 2: Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (TFEQ-Tr21) (Karakuş ve ark., 2016)

AÇIKLAMA: Bu bölüm yeme alışkanlıkları ve açlık hisleri ile ilgili ifadeler ve sorular içermektedir. Her ifadeyi dikkatlice okuyup size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.		Kesinlikle yanlış	Çoğunlukla yanlış	Çoğunlukla doğru	Kesinlikle doğru
1	Kilomu kontrol etmek için bilerek küçük porsiyonlarda yemek yemeği tercih ederim.	1	2	3	4
2	Endişeli hissettiğimde yemek yemeğe başlarım.	1	2	3	4
3	Bazen yemeğe başladığımda, kendimi durduramayacak gibi olurum.	1	2	3	4
4	Kendimi üzgün hissettiğimde çoğu zaman gereğinden fazla yerim.	1	2	3	4
5	Bazı yiyecekleri beni şişmanlattığı için yemiyorum.	1	2	3	4
6	Yemek yiyen birisi ile birlikteyken genelde benim de yeme isteğim uyanır.	1	2	3	4
7	Stresli veya gergin olduğumda, çoğu zaman yeme ihtiyacı hissederim.	1	2	3	4
8	Çoğu zaman öylesine acıkırım ki midemi dipsiz bir kuyu gibi hissederim.	1	2	3	4
9	Her zaman öyle aç olurum ki tabağımdaki yemeği bitirmeden durmak benim için zor olur.	1	2	3	4
10	Kendimi yalnız hissettiğimde, kendimi yemek yiyerek teselli ediyorum.	1	2	3	4
11	Kilo almaktan kaçınmak için öğünlerde yediğim yemek miktarını bilinçli olarak kısıtlıyorum.	1	2	3	4
12	İştah açıcı bir yiyecek kokusu aldığımda veya lezzetli bir yemek gördüğümde, yemeğimi henüz bitirmiş olsam bile kendimi yememek için zor tutuyorum.	1	2	3	4
13	Sürekli her an yemek yiyebilecek kadar aç olurum.	1	2	3	4
14	Eğer kendimi gergin hissedersen yemek yiyerek sakinleşmeye çalışırım.	1	2	3	4
15	Çok lezzetli olduğunu düşündüğüm bir yiyecek gördüğümde, çoğu zaman o kadar acıkırım ki hemen o an yemek zorunda kalırım.	1	2	3	4
16	Moralim bozuk olduğunda yemek isterim.	1	2	3	4
17	Her zaman çekici yemekleri/besinleri fazla satın alarak evde bulundurmaktan kaçınırım.	1	2	3	4
18	İstediğimden daha azını yemek için caba sarf etmeye yatkınım	1	2	3	4
19	Aç olmamama rağmen yemek yemeğe devam ederim.	1	2	3	4
20	Akşam geç saatlerde veya gece çok acıkınca kendimi tutamayıp yemek yerim.	1	2	3	4
21	Yemek yerken kendimi her zaman kısıtlarım.	1	2	3	4

EK 3: Yeme Davranışları Testi (YTT-26) (Ergüney- Okumuş ve Sertel-Berk, 2020)

AÇIKLAMA: Bu ölçek, profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.

A. Bölümü: Aşağıdaki soruları tamamlayınız.

1) Doğum Tarihiniz	Ay:	Gün:	Yıl:
2) Cinsiyetiniz	Erkek	Kadın	
3) Boyunuz	cm.		
4) Şuanki kilonuz:			
5) En Yüksek Kilonuz (Hamilelik Hariç):			
6) Yetişkinlikteki En Düşük Kilonuz:			
7) İdeal Kilonuz:			

		Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
B. Bölümü: Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkkı işaretleyiniz.							
1	Şişmanlamaktan ödüm kopar.	1	2	3	4	5	6
2	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
3	Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.	1	2	3	4	5	6
4	Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.	1	2	3	4	5	6
5	Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.	1	2	3	4	5	6
6	Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.	1	2	3	4	5	6
7	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	1	2	3	4	5	6
8	Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.	1	2	3	4	5	6
9	Yemek yedikten sonra kusarım.	1	2	3	4	5	6
10	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım	1	2	3	4	5	6
11	Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.	1	2	3	4	5	6
12	Egzersiz yaptığımda, harcadığım kalorileri düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
13	Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	1	2	3	4	5	6
14	Vücudumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	1	2	3	4	5	6
15	Yemeklerimi yemek, başkalarınıninkinden daha uzun sürer.	1	2	3	4	5	6
16	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	1	2	3	4	5	6
17	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	1	2	3	4	5	6
18	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
19	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	1	2	3	4	5	6
20	Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	1	2	3	4	5	6
21	Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.	1	2	3	4	5	6
22	Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim.	1	2	3	4	5	6
23	Diyet yaparım.	1	2	3	4	5	6
24	Midemin boş olmasından hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
25	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	1	2	3	4	5	6
26	Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6

C. Bölümü: Davranışsal Sorular: Geçtiğimiz 6 ayda;		Hiçbir zaman	Ayda bir ya da daha az	Ayda 2-3 kez	Haftada bir kez	Haftada 2-6 kez	Günde bir ya da daha çok kez
A	Durduramayacağınızı hissettiğiniz tıknırcasına yeme ataklarınız oldu mu?*			X	X	X	X
B	Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?		X	X	X	X	X
C	Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için laksatif (barsak söktürücü),diyet hapları veya idrar söktürücü kullandınız mı?		X	X	X	X	X
D	Kilo vermek ya da kilonuzu kontrol etmek için bir günde 60 dakikadan fazla egzersiz yaptınız mı?						X
E	Geçtiğimiz 6 ayda 9 kilodan fazla verdiniz mi?	Evet X			Hayır		
*Tıknırcasına yeme atakları: aynı şartlarda pek çok kişinin yiyebildiğinden çok daha fazla yemek ve yeme kontrolünü kaybettiğiniz hissi olarak tanımlanmaktadır.							

Tabloda X olarak belirtilen ifadelerden herhangi biri katılımcılar tarafından işaretlenmişse, bu durum yeme davranışlarında bozukluklar görüldüğü ve profesyonel yardım için yönlendirme yapılmasının uygun olduğu anlamına gelmektedir.

EK 4: Vücut Algısı Ölçeği (Hovardaoğlu, 1993)

AÇIKLAMA: Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işreti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.		Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün rengi					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Vücudumdaki kıl dağılımı					
6	Burnum					
7	Fiziksel gücüm					
8	İdrar – dışkı düzenim					
9	Kas kuvvetim					
10	Belim					
11	Enerji düzeyim					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					
14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut yapım					
17	Profilim					
18	Boyum					
19	Duyularımın keskinliği					
20	Ağrıya dayanıklılığım					
21	Omuzlarımın genişliği					
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin şekli					
25	Sindirim sistemim					
26	Kalçalarım					
27	Hastalığa direncim					
28	Bacaklarım					
29	Dişlerimin şekli					
30	Cinsel gücüm					
31	Ayaklarım					
32	Uyku düzenim					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel faaliyetlerim					
36	Dizlerim					
37	Vücudumun duruş şekli					
38	Yüzümün şekli					
39	Kilom					
40	Cinsel organlarım					

EK 5: 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketim Kaydı

ÖĞÜNLER	YENİLEN YİYECEKLER	MİKTARLARI
SABAHA		
KUŞLUK		
ÖĞLE		
İKİNDİ		
AKŞAM		
GECE		

Ek 6: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

I. Araştırmayla İlgili Bilgiler

Beste Kaçar tarafından yapılan “Bir Merkeze Başvuran 18-25 Yaş Arası Bireylerin Yeme Bozukluğu, Yeme Davranışı Ve Beden Algısı İle Beslenme Durumları İlişkisinin Değerlendirilmesi” adlı çalışma bireylerde yeme bozukluğu eğiliminin, kontrolsüz yeme, kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme durumlarının ve beden algılayış biçimlerinin değerlendirilmesi ve bunun besin tüketim durumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Gözlemsel- tanımlayıcı- kesitsel bir araştırmadır. Kişilerin genel bilgilerinin ve kendi beyanlarıyla belirttikleri antropometrik ölçümlerinin saptanacağı bir form (Ek 1), Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (TFEQ- Tr21) (Ek 2), Yeme Tutumu Testi (EAT-26) (Ek 3), Vücut Algısı Ölçeği (Ek 4) ve 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketim (Ek 5) kullanılacaktır. Veriler anket yöntemiyle toplanacaktır. Telefonla görüşme yöntemiyle kişilerden bilgi alınacaktır. Bu çalışmanın yeme bozukluğu, yeme davranışı ve beden algısı ile ilgili çalışmalara katkı sağlaması ve yapılacak çalışmalara yol gösterici olması amaçlanmaktadır. Bu çalışma İstanbul’un Maltepe ilçesinde özel bir beslenme merkezine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 19-25 yaş arasındaki kişilerle yürütülecektir. Çalışma Haziran 2022- Eylül 2022 tarihleri arasında yapılacak olup 4 ay sürecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Çalışmaya yaklaşık olarak 77 kişinin katılacağı düşünülmektedir. Gönüllünün sorulan sorulara kimsenin baskısı altında kalmadan, dürüst bir şekilde cevap vermesi istenmektedir.

II. Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler

Gönüllü araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahiptir. Gönüllü istediği anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilir. Gönüllü araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmemektir ayrıca kendisine bir ödeme yapılmayacaktır. Gönüllüden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Gönüllünün kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

İkinci bölüm: (Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Beste Kaçar tarafında Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metin bana araştırmacı tarafından okundu. Bunlar hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

EK 7: Etik Kurul İzni



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 29.06.2022

Sayı: 130

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Beste Kaçar,

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup, Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Özerson Koç'un danışmanlığında planladığınız **“Bir Merkeze Başvuran 18-25 Yaş Arası Bireylerin Yeme Bozukluğu, Yeme Davranışı ve Beden Algısının Beslenme Durumu ile İlişkisinin Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışmanız kurulumuzun 29.06.2022 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Güzeltepe Mahallesi, 15 Temmuz Şehitler Caddesi, No:14/12 34060 Eyüpsultan – İSTANBUL
Tel: (0 212)-924-24-44 | Faks: (0 212)-999-78-52
e-mail: etik@halic.edu.tr www.halic.edu.tr



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Yayın Tarihi : 10.12.2015
Revizyon Tarihi : 16.09.2020
Revizyon No : 02
Sayfa No : 1/1

Tarih: 28.06.2022	Karar No:				
Toplantı Sayısı:	Beste Kaçar'ın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Özerson Koç'un danışmanlığında planladığı "Bir Merkeze Başvuran 18-25 Yaş Arası Bireylerin Yeme Bozukluğu, Yeme Davranışı ve Beden Algısının Beslenme Durumu ile İlişkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda çalışmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakıroğlu	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
ETKU:10					

EK 8: Kurum İzni



15.06.2022

İlgili Makama;

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi Beste KAÇAR' ın Temmuz 2022- Kasım 2022 tarihleri arasında Yüksek Lisans tezi için gerekli çalışmaları kurumumuzdayapması uygun görülmüştür. Saygılarımı arz ederim.

Adı- Soyadı

Meltem NAZLI

İmza

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Beste KAÇAR

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** 2020, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
- **Yüksek Lisans:** 2024, Haliç Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı

MESLEKİ DENEYİM:

- Diyetisyen Meltem Nazlı Sağlıklı Yaşam ve Diyet Merkezi: 2022-2023