

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

**2005 YILINDA İSTANBUL ORTAÖĞRETİM
KURUMLARINDA EĞİTİM GÖREN ERGENLERİN YEME
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE KENDİNE
ZARAR VERME İLE İNTİHAR DAVRANIŞLARI
BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Engin EKER

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Doç. Dr. M. Levent KAYAALP

İstanbul 2006

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı, yeme bozukluklarının 15-18 yaş arasındaki ergenlerde görülme sıklığının araştırılmasıdır. Bunun yanında yeme bozukluklarıyla bağlantılı olduğu düşünülen çeşitli sosyo-demografik özellikler, kendine zarar verme ve intihar davranışı gibi değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi de hedeflenmiştir. Çalışmanın başlangıç, yürütülme ve sonuçlanma aşamalarında, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren tez danışmanım Doç. Dr. M. Levent KAYAALP'e; yine bilgilerini ve zamanını benden esirgemeyen Adli Tıp Enstitüsü'ndeki hocam Yrd. Doç. Dr. Neylan ZİYALAR'a en derin teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tezin oluşum sürecinde akademik bilgilerinden faydalanmama olanak tanıyan Uz. Dr. Günay CAN'a ve en zor zamanlarımda iş yükümü birebir paylaşarak bana destek olan *Kuzi*'m Psikolog Hakan Serdar Şengül'e teşekkürlerimi sunarım.

Bu yoğun çalışma döneminde, benden yardımlarını ve hoşgörülerini esirgemeyen tüm dostlarıma, benimle aynı yoğunluğu paylaşan aileme, her günümde yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen Annem ve Babam'a ve müstakbel eşim Yeliz'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
ANOREKSİYA NERVOZA	3
2.1.1. TANIM	3
2.1.2. TARİHÇE	3
2.1.3. KLİNİK ÖZELLİKLER VE TANI ÖZELLİKLERİ	4
2.1.4. EPİDEMİYOLOJİ	5
2.1.5. ETİYOLOJİ	7
2.1.5.1. BİYOLOJİK YAKLAŞIM	7
2.1.5.2. BİLİŞSEL YAKLAŞIM	8
2.1.5.3. PSİKODİNAMİK YAKLAŞIM	8
2.1.6. KOMORBİTİDE	10
2.2. BULİMİYA NERVOZA	12
2.2.1. TANIM	12
2.2.2. TARİHÇE	12
2.2.3. KLİNİK ÖZELLİKLER VE TANI ÖLÇÜTLERİ	13
2.2.4. EPİDEMİYOLOJİ	15
2.2.5. ETİYOLOJİ	15
2.2.5.1. BİYOLOJİK YAKLAŞIM	15
2.2.5.2. BİLİŞSEL YAKLAŞIM	16
2.2.5.3. PSİKODİNAMİK YAKLAŞIM	17

2.2.6. KOMORBİTİDE	19
3. ANOREKSİYA VE BULİMİYA NERVOZA İLE İLİŞKİLİ DİĞER ÖZELLİKLER	20
3.1. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ	20
3.2. KENDİNE ZARAR VERME	21
3.3. İNTİHAR	23
3.4. AİLE İÇİ İLİŞKİLER VE YEME DÜZENLERİ	25
4. GEREÇ VE YÖNTEM	28
5. BULGULAR	30
6. TARTIŞMA VE SONUÇ	58
7. ÖZETLER	65
8. KAYNAKLAR	67
9. EKLER	83
9.1. YEME TUTUMU TESTİ (YTT- 40)	85
9. 2. DEMOGRAFİK SORU FORMU	87
10. ÖZGEÇMİŞ	90

TABLO LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Tüm Deneklerin Yeme Tutumlarında Bozukluk Gösterme Sıklığı Açısından 30 Kesme Puanına Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 2. Yaş Gruplarına Göre Yeme Tutumlarında Bozukluk Gösterme Sıklığının Karşılaştırılması	31
Tablo 3. Kız ve Erkek Deneklerin Yeme Tutumlarında Bozukluk Gösterme Sıklığına Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 4. Devam Edilen Sınıfa Göre Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	33
Tablo 5. Normal ve Normal Olamayan Grupların Sınıfta Kalma Durumuna Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 6. Ders Notu Ortalamasına Göre Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	34
Tablo 7. Anne-Baba Durumu Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	35
Tablo 8. Anne Eğitimi Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	36
Tablo 9. Baba Eğitimi Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	36
Tablo 10. Sahip Olunan Kardeş Sayısı Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	37
Tablo 11. Ekonomik Durum Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	38

Tablo 12. Ailesinde Kronik Hastalığı Olan Bir Birey Bulunması Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	39
Tablo 13. Kız ve Erkek Deneklerin Ailelerinde Diyet Yapan Bir Birey Olup Olmaması Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo 14. Ailede Diyet Yapan Bireylerin Oranı	40
Tablo 15. Ailesinde Diyet Yapan Bir Birey Olup Olmaması Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	40
Tablo 16. Kahvaltının Yapıldığı Yer Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	41
Tablo 17. Öğle Yemeğinin Yenildiği Yer Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	41
Tablo 18. Akşam Yemeğinin Yenildiği Yer Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	42
Tablo 19. Kız ve Erkek Deneklerin Fast Food Yeme Oranları Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 20. Fast Food Yiyip Yememe Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	43
Tablo 21. Fast Food Yeme Sıklığı Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	44
Tablo 22. Kız ve Erkek Deneklerin Cips, Abur-cubur vs. Yeme Oranları Açısından Karşılaştırılması	44
Tablo 23. Cips, Abur-cubur vs. Yiyip Yememe Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	45
Tablo 24. Cips, Abur-cubur vs. Yeme Sıklığı Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	46

Tablo 25. Kız ve Erkek Deneklerin Arkadaş İlişkilerinin Kalitesi	
Açısından Karşılaştırılması	46
Tablo 26. Arkadaş İlişkilerin Kalitesi Açısından Normal ve Normal Olamayan	
Grupların Karşılaştırılması	47
Tablo 27. Kız ve Erkek Deneklerin Diyet Yapan Arkadaşa Sahip Olma	
Açısından Karşılaştırılması	48
Tablo 28. Diyet Yapan Arkadaşlarının Olup Olmaması Açısından	
Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	48
Tablo 29. Kız ve Erkek Deneklerin Grup Halinde Diyet Yapma	
Oranlarına Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 30. Grup Halinde Diyet Yapıp Yapmama Açısından Normal ve Normal Olamayan	
Grupların Karşılaştırılması	49
Tablo 31. Kız ve Erkek Deneklerin Enerji İçeceği İçme Oranlarına	
Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 32. Enerji İçeceği İçip İçmeme Açısından Normal ve Normal Olamayan	
Grupların Karşılaştırılması	50
Tablo 33. Enerji İçeceği İçme Sıklığı Normal ve Normal Olamayan Grupların	
Karşılaştırılması	51
Tablo 34. Kız ve Erkek Deneklerin Kendine Fiziksel Zarar Verme Oranlarına	
Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 35. Kendine Fiziksel Zarar Verme Açısından Normal ve Normal Olamayan	
Grupların Karşılaştırılması	52
Tablo 36. Kendine Fiziksel Zarar Verme Sıklığı Açısından Normal ve Normal Olamayan	
Grupların Karşılaştırılması	53

Tablo 37. Kız ve Erkek Deneklerin İntihar Düşünme Oranlarına Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 38. İntihar Düşüncesine Sahip Olup Olmama Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	54
Tablo 39. Kız ve Erkek Deneklerin İntiharı Planlama Oranlarına Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 40. Bir Kez Olsun İntiharı Planlayıp Planlamam Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	55
Tablo 41. Kız ve Erkek Deneklerin İntiharı Girişiminde Bulunma Oranlarına Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 42. İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	56
Tablo 43. İntihar Girişimlerinin Sayısı Açısından Normal ve Normal Olamayan Grupların Karşılaştırılması	57

KISALTMALAR LİSTESİ

AN	Anoreksiya Nervoza
AN-P	Anoreksiya Nervoza Purging Tip
AN-R	Anoreksiya Nervoza Restrictive Tip
BN	Bulimiya Nervoza
BN-NP	Bulimiya Nervoza Non-Purging Tip
BN-P	Bulimiya Nervoza Purging Tip
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
YTT-40	Yeme Tutumu Testi-40

GİRİŞ ve AMAÇ

Yeme bozuklukları, yeme davranışındaki ciddi bozulmayla ve psiko-sosyal işlevselliği ve fiziksel sağlığı önemli derecede bozacak şekilde kilo alımını kontrolle karakterize olan ve genel bir tıbbi durum veya bir başka psikiyatrik bozukluk nedeniyle ortaya çıkmamış olan bir davranıştır(1). İki klinik tabloyu içermektedir. *Anoreksiya Nervosa* (AN) ve *Bulimia Nervosa* (BN). AN'nin en çarpıcı özelliği minimum normal vücut kilosunu korumayı reddetmektir; aşırı kilo kaybı ve zayıflık söz konusu olmasına rağmen hasta, beden imgesindeki bozulmaya bağlı olarak yine de kendisini şişman olarak algılar. BN ise nöbetler halinde tekrarlayan abartılı yeme epizotlarıyla kendini gösterir ve hasta beden imgesiyle sürekli zihinsel bir uğraş içinde olduğundan aşırı yemeyi ve kilo alımını telafi etmeye yönelik uygunsuz davranışlar sergiler: İstemli istemsiz kusma, diüretik ve laksatif kötüye kullanımı, aşırı bedensel hareketler gibi(2).

Bu bozukluklar DSM-III-R'de "bebeklik, çocukluk ve ergenlikte başlayan bozukluklar" başlığı altında yer alırken, DSM-IV'te bu grup içinden çıkartılmış ve "yeme bozuklukları" başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır(3).

Her iki bozukluk da özellikle AN, genellikle ergenlik döneminde başlayan bozukluklardır. Bununla birlikte BN daha fazla olmak üzere genç erişkinlikte de ortaya çıkabilmektedir(4). Her iki bozukluk da daha çok kadınları etkilemektedir, tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı % 5-15 civarındadır(5), özellikle endüstrileşmiş batı toplumlarında, beyazlarda, üst ve orta sosyo-ekonomik gruplarda daha sık görülmele birlikte diğer etnik ve sosyo-ekonomik gruplarda da son yıllarda yapılan araştırmalara göre, artış görülmektedir(6).

Yapılan epidemiolojik çalışmalar son on yılda batılı ülkelerde yeme bozukluğu sıklığının hızla yükseldiğini göstermektedir(7). Doğu ülkelerinden de bildirilen çalışmalar

ve olgu sunumları artmaktadır. Ülkemizde de yeme bozukluklarının daha çok tanınması ve tartışılması tanı konulan olgu sayısını arttırmaktadır. Subaşı ve arkadaşlarının(1999), Ankara'da yaptıkları lise 1. sınıf taramasında yeme bozukluğu gösteren öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve aralarındaki ilişkiler ele alınmıştır(8). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise 253 kız üniversite öğrencisi yeme tutumları açısından değerlendirilmiş ve bozukluk gösterme oranı % 7,9 çıkmıştır. Ancak deneklerin sosyo-ekonomik olarak farklılaşmadığı, yeme tutum ve davranışında bozukluk gösterme oranının artmakta olduğu bulunmuştur(9).

Sosyokültürel değişimlerin ve kültürel çatışmaların yeme bozukluğu sıklığını arttırdığı öne sürülmektedir(10). Özellikle hızlı sosyal değişim gösteren ülkelerde beden imgesine ilişkin kültürel değerlerin de hızlı değişmesi risk faktörü oluşturmaktadır (11). Bu açıdan bakıldığında ülkemizde de giderek daha çok yeme bozukluğuna rastlanacağı düşünülebilir

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki Anoreksiya Nervoza %20 oranında kroniktir ve AN'ye bağlı komplikasyonlar sonucu hastaların % 5-10 'u hayatını kaybetmektedir(12). Favaro ve Santonastaso, 1999 yılında, İtalya'da 175 bulimik hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların % 70 oranında kendine zarar verme davranışında (saç çekme, deri kesme ve yakma vb.) , % 16.6 oranında da intihar teşebbüsünde bulduklarını bildirmişlerdir(13). Bu oranlar yeme bozukluklarının adli bilimler başlığı altında ele alınmasının kuvvetli bir gerekçesi olarak düşünülebilir.

Bu çalışmanın amacı 2004-2005 yılında İstanbul ortaöğretim kurumlarındaki ergenlerin yeme tutumlarının, yeme bozukluklarının sıklığının belirlenmesi ve yeme bozukluklarıyla ilgili bazı sosyo-demografik faktörler ve yeme tutumları ile ilişkili olduğunu düşündüğümüz kendine zarar verme ve intihar davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

GENEL BİLGİLER

ANOREKSİYA NERVOZA

TANIM

Anoreksiya Nervozanın başlıca özelliği, bireyin olağan sayılan en az vücut ağırlığına sahip olmayı reddetmesi, kilo almaktan aşırı korkması ve vücut biçimini ya da boyutunun algılamada belirgin bozukluk sergilemesidir. Ayrıca, bu bozukluğu olan menarş(ilk adet görme) sonrası kadınlarda amenore(adet görmeme) bulunur(3). Dolayısıyla AN'nin bireyin kendisini tahrip edecek düzeyde "zayıf" olma isteğinin yanında beden imgesindeki bozuklukla karakterize olduğunu söylemek mümkündür. Hastada yemek yemeyi reddetme sonucu gelişen kilo kaybı yaşamını tehdit edecek düzeye ulaşabilir. Ruhsal bozukluklar içinde ölümle sonuçlanabilen nadir bozukluklardandır(2).

TARİHÇE

Anoreksiya Nervozası yani emosyonel iştah kaybı, Yunanca "orexis"(iştah) kelimesinden gelmektedir. İlk olarak 1500'lü yıllarda An Simone Porto O. Porto tarafından tanımlanmıştır. Açlık ve çileciliğin(asetizm) kutsal ve özendirilen bir davranış olduğu bu dönemde din uğruna dünya zevklerinden vazgeçme adına anoreksiyaya benzer davranışlar sergilenmekteydi(14).

Bu sendrom(hastalık tablosu) tıbbi literatürde ilk olarak 1870'li yıllarda neredeyse eşzamanlı olarak İngiltere'de William Gull, Fransa'da Laseque tarafından tanımlanmıştır(4). 20. yüzyılın ortalarına kadar hakkında fazla araştırma yapılmamış olan yeme bozuklukları, son 30 yıl içinde birçok araştırmaya konu olmuş ve etiyojisi aydınlatılmaya çalışılmıştır. AN; şiddetli kilo kaybı, iştahsızlık, amenore, kabızlık, psikolojik rahatsızlık ve aşırı artmış aktiviteyle karakterize bir bozukluktur.

Bu alanda çalışmış en önemli yazarlardan biri olan Bruch'a göre bir anoreksik için, zayıflık arzusu her türlü fiziksel ya da psikolojik ihtiyaçtan daha önde gelmektedir ve kişi kilo kaybettiğinde, bu kilo kaybı zaferin, kontrolün ve kısıtlamanın bir çeşit sembolü haline gelmektedir. Kilo vermeye

yönelik tüm çabalar, hastaların kendi dünyalarında hissettikleri aşırı çaresizlik duygusundan kaynaklanmaktadır. Anoreksik hastalar bu çaresizlik duygularından kurtulmak isterken yön değiştirmiş bir girişim olarak kilo vermeye yönelik katı kararlar alarak kaybettikleri otonomi hissisini tekrar kazanmaya çalışmaktadırlar(15). Zayıflıkla duyulan gurur, sonrasında iştahın yok sayılmasına ya da baskı altına alınmasına yardımcı olmaktadır.

KLİNİK ÖZELLİKLER VE TANI KRİTERLERİ

DSM IV 'e göre Anoreksiya Nervoza Tanı Ölçütleri:

Kesin tanı için aşağıdaki ölçütlerin tümü bulunmalıdır:

- a.** Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (Örneğin, beklenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde belenen kilo alımını gerçekleştirilmeme).
- b.** Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.
- c.** Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkâr etme.
- d.** Bayanlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması (Sadece hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örneğin, östrojen uygulanması).

Tipini belirtiniz:

Kısıtlı Tip: Anoreksiya Nervoza'nın o sıradaki epizodu(bölüm) sırasında kişi düzenli olarak tıknırçasına yeme ya da çıkartma (kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir.

Tıkınırcasına Yeme/ Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıkınırcasına yeme ya da çıkartma (kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermiştir.

Hastaların kilo kayıplarının yoğun olduğu dönemlerde saptanan bulguların genellikle kilo alımının ardından ortadan kalktığı kaydedilmektedir. Bu da nöropeptidlerle ilgili değişikliklerin hastalığın bir nedeni olmaktan çok aşırı kilo kaybına bağlı olarak gelişen bir yanıt sonucunda ortaya çıktığını düşündürmektedir(3).

EPİDEMİYOLOJİ

Son yıllarda epidemiyolojik yöntemler yeme bozukluklarına da uygulanmaktadır. Yeme bozuklukları, günümüzde gelişmiş batı toplumlarında önemli birer sağlık sorunu olarak görülmektedir. Zira yeme bozuklukları için uzun dönemde ciddi fiziksel ve psikolojik morbiditeden(hastalık) söz etmek mümkündür. Bu bozukluklardan Anoreksiya Nervozanın uzun zamandır bilinmekle birlikte, son dönemlerdeki bazı tartışmalarda Bulimiya Nervozanın yeni ortaya çıkan bir bozukluğu mu yansıttığı yoksa yeni yeni tanınmaya başlayan eski bir hastalık mı olduğu ya da AN'nin değişim göstermiş bir biçimi mi olduğu tartışılmaktadır. Bir başka tartışılan konu ise AN'nin belirgin bir biçimde artış gösteren sıklığı ve batılı olmayan toplumlarda ortaya çıkmaya başlamasıyla ilgidir(16).

AN asıl olarak bir ergenlik dönemi hastalığıdır. Hastalığın başlangıcı için riskli yaş grubu 14-18 yaşlar arasındır. Hastalık 12-25 yaş arası genç kadınları çoğunlukla etkilemektedir. AN bu yaşlarda daha yüksek sıklıkla görülürken ileri yaşlarda kadın ya da erkeklerdeki görülme sıklığı artmamaktadır. AN'li hastaların % 84'ü 25 yaşından küçüktür(17).

Hayat boyu yaygınlığı kadınlar arasında % 0,5-2 arasında olan AN ile ilgili olarak son yapılan çalışmalar bu oranın arttığını göstermektedir. Kadınlarda erkeklere göre 10-20 kat fazla görülen bir bozukluktur(6). Tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı % 5-15 civarındadır(18,19,20,21).

Tarihsel olarak tipik hasta profili Kuzey Amerika'da orta-üst sosyo-ekonomik seviyedeki kız adolesanlardır(22). Ama bu kanaat yapılan son araştırmalarda düşük sosyoekonomik seviyeli populasyonlarda da sıkça görülmeye başlandığının ve sadece Batılı kültürlerde değil, bu kültürle temasa geçmiş her kültürde görülme sıklığının arttığının gösterilmesiyle geçerliliğini yitirmiştir(23,24).

Dünyada bu konuyu ele alan çalışmalara bakıldığında, Uzakdoğu'da yapılan bazı çalışmalarda, bu toplumlarda değişen değer yargıları ve kentleşmenin YB(Yeme Bozukluğu) riskini arttırdığına işaret edilmektedir. Örneğin Kriike ve arkadaşları(25), Japon toplumunda son 35 yılda ergen kızların ve yetişkin kadınların "daha ince" bir beden yapısı kazandıklarını; zayıflamak için diyet yapanların yaygınlığında bir artış olduğunu ve bu bulguların YB riskini arttırdığını ileri sürmektedirler, Çin'de de aynı durum söz konusudur. Öte yandan batı normlarından etkilenmemiş Afrika, Hindistan, Papua Yeni Gine gibi bölgelerde YB nadir görülen bozukluklar olarak kabul edilmektedir.

Yeme bozukluklarının beyaz ırktan olmayanlarda daha ender olarak görüldüğü görüşü yaygın olmasına rağmen, bu gruplar üzerindeki çalışmalar son zamanlarda yeme bozukluğu sıklığının arttığına işaret etmektedir(26,27,28,29,30). Bununla birlikte yeme bozukluklarının beyaz ırktan olmayanlarda daha ender görüldüğünü destekleyen araştırmalar çoğunluktadır(31).

ETİYOLOJİ

Bozukluğun etiolojisinde birçok faktör olduğu düşünülse de direkt etkisi olan neden bilinmemektedir. Patolojinin biyolojik, psikolojik ve çevresel risk faktörlerinin etkisiyle ve etkileşimiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir(4).

Biyolojik Yaklaşım

Yeme bozukluklarının oluşumunda kültürel değişkenlerin ya da yetiştirme özelliklerinin bir rolü olduğu açıktır ancak bozukluğun birçok patolojik durumla ortak kökeni olduğunu öneren çalışmalar, kültürel, çevresel, genetik, fiziksel ve psikolojik risk faktörleriyle bağlantı kurmuştur(32).

AN ve BN'ye hazırlayıcı genetik faktörler ikiz ve aile çalışmalarıyla araştırılmıştır. İkiz çalışmaları AN için tek yumurta ikizlerinde % 48,5- 71'lik; çift yumurta ikizlerinde % 0-10'luk bir aynı anda olma oranı bulmuşlardır(33,34). BN için ise tek yumurta ikizleri % 22,9-83, çift yumurta ikizleri ise % 0-27'lik bir aynı anda olma oranı bulmuştur(35,36). Aile çalışmaları göstermiştir ki AN için 1. derece akrabalarından % 2- 8'inde AN, % 1-4,7'sinde BN görülme riski vardır(37,38).

Bilişsel Yaklaşım

Anoreksiya ve bulimiyada görüntü (biçim) ve ağırlık ile aşırı ilgilenme söz konusudur. Bu bilgi anoreksiya ve bulimiya için tanı açısından büyük önem taşır. Anoreksiya Nervosa'da sonuç aşırı zayıflıktır. Temel psikopatolojide bu hastalar kendilik değerlerini biçimleri ve ağırlıkları açısından değerlendirirler. Sonuç olarak biçim ve ağırlıklarına ilişkin düşüncelerle aşırı uğraşırlar. Sürekli şişmanlık ve kilo almaktan sakınırlar. Ağırlığı kontrol etmeye yönelik davranışlar anoreksiya ve bulimiya için tipiktir (aşırı diyet, zorlayarak kusma, purgatif

diüretik kullanma, aşırı egzersizler). Bozukluğun psikopatolojisine ilişkin tedavi gidişini belirleyen üç önemli nokta vardır.

1- Anoreksiya ve bulimiyada birçok özellik, hastanın biçime ve ağırlığına ilişkin aşırı anlam yüklenmesine ikincil olarak gelişme eğilimindedir.

2- Anoreksiyada bazı özellikler açlığa bağlıdır (yiyecek ve yeme ile aşırı uğraş, aşırı yeme epizodu, depresif mizaç ve irritabilite, obsesyon belirtileri, konsantrasyon bozukluğu, ilgi azalması, cinsel istek kaybı, sosyal geri çekilme). Bir hasta bu alt grubunda ise ağırlık restorasyonuna rağmen depresif özellikler devam etmekte olabilir, bunlarda depresif bozukluk beraber bulunmaktadır.

3- Bulimiya ve bulimiya epizodları olan anoreksiyada birçok özellik yemek yemedeki kontrol kaybına karşı ikincil gelişen psikolojik yanıttır. Bu özellikler depresyon ve anksiyete belirtileri, sosyal geri çekilme ve konsantrasyon bozukluğudur(39,40).

Psikodinamik Yaklaşım

Yeme bozuklukları psikanalitik olarak değerlendirilmeye 1930'lerde başlanmıştır. O yıllarda açıklamalar, bozulmuş yeme fonksiyonu ve kusma üzerine odaklanmıştır. Bu konuda Freud'un geliştirdiği açıklamalar temel alınıyordu, bozulmuş yeme dürtüsü, organizmanın cinselliği kontrol etmede yetersizliği ile ilişkili bulunuyordu.

Önce yemekten tikslenme ve aşırı kusma davranışının, yoğun baba fiksasyonunu ve babadan çocuk sahibi olma isteğini işaret ettiği belirtilmiş, bununla birlikte gıda reddi erkek olma ve penise sahip olma isteği olarak yorumlanmıştır(41).

Daha sonra ise zaman zaman kompulsif yeme ile sonlanan, yemek yiyerek hamile kalma fantezileri ve bunun getirdiği suçluluk sonucu gıda reddi olarak açıklanmıştır. Kabızlık, batındaki çocuğu sembolize ederken, amenore de hamileliğin en tipik göstergesi olduğundan bu tip fantezileri işaret etmekteydi(42).

Modern psikanalitik çalışmalar ise çocuk ebeveyn ilişkileri üzerine eğilmiştir. Son 20 yılda bu konuda ciddi araştırmalar yapmış Hilde Bruch'a göre düşüncelerin sürekli beden ağırlığı ve yiyeceklerle ilgi tutulması aslında derinlerde bir " benlik kavramı " bozukluğunun olduğunun geç kalmış bir işaretidir. Anoreksik bireyler güçsüz, etkisiz olduklarına yönelik kesin bir inanç taşırlar. Daha çok kusursuz bir küçük kız imgesiyle kendilerini korumak isterler. Beden, benlikten ayrı ve ebeveyne ait bir parça gibi yaşanır. Özerklik duyguları gelişmemiştir. Beden işlevlerinin denetimi kendilerinde değil"miş gibi" yaşarlar.

Anoreksiya Nervozalı kişinin çocukluğu da genellikle ebeveynini sürekli hoşnut etmeye çalışan "iyi" kız çocuğu şeklinde geçmiştir. Ergenlik dönemine geldiklerinde, birden inatçı ve olumsuz tavırlar edinmeye başlarlar. Bruch' a göre bunun nedeni bedeniyle yaşadığı kopukluktan kurtularak bedeninin denetimi ele geçirmeye yönelik kendini tedavi etme girişimidir. Böylece anksiyetesini beden ağırlığının ve yiyeceklerinin denetimine dönüştürmüş olur.

Bruch, hem anoreksik hem de bulimik hastalarda gıdanın sembolik anlamı doğru olmasına rağmen, bu hastaların gıdayı anksiyete ve psikolojik sorunları çözmede hatalı kullandıklarını belirtmiştir. Anne-çocuk ilişkisinde, çocuğun ihtiyaçları ile çevresel yanıtlar birbiriyle uyum sağlamadığında algısal farkındalığın şaşkınlıkla sonlandığını ve böyle bireylerin aç mı, tok mu olduklarını anlayamadıklarını ve yemeye olan ihtiyaçlarını da diğer rahatsız edici duyumlardan ayırt edemediklerini vurgulamıştır(43,15). Zayıflıkla duyulan gurur, sonrasında iştahın yok sayılmasına ya da baskı altına alınmasına yardımcı olmaktadır(44,45).

Bruch'a göre Anoreksiya Nervozada bozuk anne - kız ilişkilerinden ve bu ilişkide, çocuğunkinden çok, annenin kendi ihtiyaçlarının ön planda olmasından kaynaklanır. Çocuk anneden kendisine değer veren ve kendi varlığını hissedebileceği karşılıkları alamadığında sağlıklı bir benlik duygusu geliştiremez. Kendisini annenin uzantısı olarak algılar.

Anoreksiya Nervozaya ilişkin çalışmaların çoğu anne - kız ilişkisi üzerine yapılmıştır. Ratey ve Bemporad(1985), bazı anoreksik durumların baba - kız ilişkisindeki aksaklıklardan da oluşabileceğini gözlemlemişlerdir. Anoreksiyalı kızların babaları ilgili ve destekleyici görünmekle birlikte kızları kendilerine ihtiyaç duyduğunda onları duygusal yönden yalnız bırakırlar ve kendi veremediklerini kızlarından beklerler. Çoğunlukla mutsuz bir beraberlik yaşayan anne ve baba birbirlerinde bulamadıklarını kızlarından bekleyebilirler. Kızlarını kendi ihtiyaçlarını sağlayan bir self – object(kendilik nesnesi) yerine koydukları için çocuğa kendisi olabilme şansını tanımadıklarını söylemiştir(46).

KOMORBİTİDE

YB ile eş zamanlı ve yaygın olarak görülen bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve bazı kişilik bozuklukları olarak üç ana grupta toplanabilirler. Yapılan çalışmalara göre, AN hastalarının % 84' ünde majör depresyon ilk sırada görülmektedir. Bu hastalar arasında ise yaşam boyu bir anksiyete tanısı almış olanların oranı % 62' dir. Anksiyete bozuklukları arasında en sık olarak obsesif-kompulsif bozukluk, ikinci olarak sosyal fobi, % 6.4 oranında şizofreni ve % 17.7 oranında ise madde kötüye kullanımı yer almaktadır. Rastlanmayan bozukluklar ise, antisosyal kişilik, kumar ve homoseksüelliktir(47).

AN hastalarının 2/3'ü ve hem bulimik hem de anoreksiklerin toplamının 3/4'ü, en az bir duygudurum bozukluğu tanısı da almaktadır(48). AN hastalarının % 20'sinde fobik bozukluk, panik bozukluk ya da obsesif-kompulsif bozukluktan birine rastlanmaktadır(49).

Buna karşılık tedavisi tamamlanmış ve tamamen iyileşmiş AN hastalarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında, kilonun düzenlenmesiyle beraber, OKB(Obsesif-kompulsif

bozukluk) semptomlarında ciddi biçimde azalma görülse de, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin kendini göstermeye devam ettiği dikkat çekmektedir. Bu da AN'nin OKB değil de obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ile olan bağlantısını güçlendirir gözükmektedir. Şizofreni ile ilgili olarak ise bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak yeme bozuklukları hastalarındaki, özellikle de Anoreksiya Nervoza olgularındaki, algının bozulması ve kişinin kendi bedenine yönelik tasarımlarındaki bozulma, psikotik bir işleyişi de düşündürülebilir(50).

BULİMİYA NERVOZA

TANIM

Bulimiya Nervosa aşırı yemek yeme nöbetleri ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Nöbetler tekrarlayıcı özellikte olup hasta nöbet sırasında, yeme davranışı üzerindeki kontrolünü kaybeder ve yüksek kalorili, daha çok karbonhidrat ve yağ içeren, sindirimi kolay yiyecekleri, örneğin, çikolata, kek, dondurma vb. çiğnmeden adeta yutarcasına yer. Nöbet, hasta yorgun düşünceye veya aşırı yemekten dolayı bir rahatsızlık duyuncaya kadar devam eder. Nöbet sonunda hastada suçluluk duyguları, depresyon gibi rahatsız edici duygular ortaya çıkar. Genellikle hasta bu tarz yemekten dolayı utanç duyar ve bu davranışını gizlemeye çalışır. Bazen de hasta kustuktan sonra bir iyilik hali hisseder. Nöbetler önceden planlanabileceği gibi, ani bir şekilde de ortaya çıkabilir. Bu nöbetlerle birlikte hastada kilo almayı önlemeye yönelik davranışlar da görülür. Sürekli ve aşırı beden egzersizleri istemli veya istemsiz kusma, diüretik ve laksatif kötüye kullanımı gibi. Ancak AN'den farklı olarak bu hastalar normal kiloda olabilirler(2).

Ayrıca Bulimiya Nevrozası olan bireylerin kendilerini değerlendirmesi sadece vücut biçiminden ve ağırlığından etkilenir. Bu tanıyı karşılamak için, 3 ay süreyle ortalama olarak en az iki kez tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların bulunması gerekmektedir(3).

TARİHÇE

Bulimia terimi Yunanca "bous-öküz" ve "limos-açlık" kelimelerinden gelmiştir ve literatüre "ox hunger" olarak çevrilmiştir(4). Bir öküzü yiyebilecek kadar büyük bir açlık veya bir öküz kadar yiyebilmek anlamındaki patolojik iştahı tanımlamak için kullanılmıştır. Bulimia'dan M.Ö. 400'de Yunan tarihçi ve yazar Xnephon'un Dog Hunger-Köpek Açlığı olarak söz ettiği bildirilmiştir(51).

Blancard, 1702'de bulimik davranışa depresif duygudurumun eşlik ettiğini söyleyen ilk kişidir. Bulimiya Nervozanın psikiyatrik yönünün ön plana çıkması ancak 19. yüzyılın sonlarında gerçekleşmeye başlamıştır. Bu isim ilk kez 1979'da Russell'ın makalesinde yayınlanmış ve bundan sonra bir klinik bir sendrom olarak kabul edilmeye başlanmıştır(52). İlk olarak 1980'de Bulimiya Nervozası DSM III'te bir tanı olarak yer almıştır.

Anoreksikler gibi, bulimikler de zayıflık modelini benimsemektedirler. Onları bu zayıf bedene ulaştıran yöntemler ise anoreksiklerinkinden farklıdır. Bu kişiler, anoreksiyada olduğu gibi kısıtlayıcı bir tutum içine girmektense, bozuk yeme alışkanlıkları edinme yolunu seçmektedirler; normal bir öğünde yenebileceğin kat kat fazlasını bir kerede tüketme, sonrasında kendini kusturma gibi(53). Ancak her iki bozuklukta da hedef, kilo kaybı ve arzulanan beden biçiminin elde edilmesidir.

Bulimik hastaların, hastalanmadan önce normal kilolarının üstünde, hatta obez oldukları ve kusma ya da laksatif kullanma davranışına (kilolarını kontrol etmek amacıyla) daha fazla başvurdukları gözlenmiştir. Aslında impulsif bir grup olarak ele alınabilirler. Çünkü bu hastalar sadece yeme konusunda değil, diğer pek çok konuda da impulsif davranırlar; çok sık olarak alkol ya da bağımlılık yapıcı uyuşturucu ilaçları kullanabilirler; çalma davranışı gösterebilirler; ayrıca kendine zarar verici davranışlara ve hatta intihar girişimlerine de başvurabilirler(54,55).

KLİNİK ÖZELLİKLER VE TANI ÖLÇÜLERİ

DSM IV'e göre Bulimiya Nervozası Tanı Ölçütleri:

- a. Yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir.

- 1- Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda yiyeceğin belirli bir zaman diliminde (Örneğin, herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yenmesi.
 - 2- Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (Örneğin, yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).
- b.** Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanma, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.
 - c.** Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.
 - d.** Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve ağırlığından etkilenir.
 - e.** Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervoza epizodları arasında ortaya çıkmamaktadır.

Tipini belirtiniz:

Çıkartma Olan Tip: Bulimiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi, düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır.

Çıkartma Olmayan Tip: Bulimiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmamıştır(3).

EPİDEMİYOLOJİ

BN de, AN'ye göre daha geç yaşlarda başlamasına rağmen daha çok ergenlik ve genç erişkinlik döneminde görülen bir bozukluktur. AN'li hastaların %84'ü, BN'lı hastaların %57'si 25 yaşından küçüktür(17).

Hayat boyu yaygınlığı kadınlarda % 1-3 olan bulimiyanın, kadınlarda görülme sıklığı erkeklerdekine göre 1:10'dur. Erkeklerde Bulimiya Nervosa görülme sıklığı % 0.2'dir ve bu oran toplum-tabanlı çalışmalarda saptanan bulimik popülasyonun % 10-15'ini oluşturmaktadır.

Garfinkel ve arkadaşları ise 8116 kişi ile yaptıkları çalışmada BN'nin yaşam boyu yaygınlığını kadınlarda % 1.1, erkeklerde % 0.1 bulmuşlardır(56). Kolej öğrencisi kızlar arasında yapılan bir çalışmada ise BN belirtileri % 40 oranında saptanmıştır(57,58).

Kadın bulimiklere kıyasla erkeklerde başlangıç yaşı daha genç ve premorbid obesite, homoseksüellik ve aseksüellik oranları daha yüksektir. Erkeklerin bulimiya nervozası olanların kilo kontrolüyle ilgili uygulamalarda daha az katı oldukları saptanmıştır(59).

ETİYOLOJİ

Biyolojik Yaklaşım

AN ve BN'ye hazırlayıcı genetik faktörler ikiz ve aile çalışmalarıyla araştırılmıştır. BN tek yumurta ikizlerinde aynı anda olma oranı % 22,9-83, çift yumurta ikizlerinde ise % 0-27'dir(35,36).

BN için 1. derece akrabalarda BN görülme olasılığı % 0(60)- % 9,6(61) bulunurken, bir başka çalışmada Hudson, bulimik ailelerinde % 1.7 oranında BN saptamıştır(62). Lilenfeld ve arkadaşları ise gerek anoreksiya gerekse bulimiya nervozalı hastaların ailelerinde her iki bozukluğun arttığına dair bir bulgu göstermezken, tüm yeme bozukluklarını (anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları) birlikte değerlendirdiklerinde anoreksiklerin akrabalarında % 11,8, bulimiklerin akrabalarında ise % 19,8 oranında yeme bozukluğu bulmuşlardır(63).

Bilişsel Yaklaşım

Temel psikopatolojide bu hastalar kendilik değerlerini biçimleri ve ağırlıkları açısından değerlendirirler. Sonuç olarak biçim ve ağırlıklarına ilişkin düşüncelerle aşırı uğraşırlar. Sürekli şişmanlık ve kilo almaktan sakınırlar. Ağırlığı kontrol etmeye yönelik davranışlar anoreksiya ve bulimiya için tipiktir (aşırı diyet, zorlayarak kusma, purgatif ve diüretik kullanma, aşırı egzersizler). Bulimiyada hastanın diyet girişimleri aşırı yeme epizodları ile kesintiye uğradığı için zayıflama olması gerekmez. Bozukluğun psikopatolojisine ilişkin tedavinin gidişini belirleyen önemli dört nokta şunlardır.

- 1- Diyet yapma, tıknırcasına yemeye bir yanıt olmasına rağmen, psikolojik ve fizyolojik mekanizmalarla tıknırcasına yemeyi devam ettirir ve benlik saygısının azalmasına yol açar.
- 2- Zorlayarak kusma ve daha az olmak üzere purgatif ve diüretik kötü kullanımı tıknırcasına yemeyi arttırır çünkü kalori emiliminin azaldığına inanılır ancak bunlar benlik saygısını azaltır.
- 3- Biçim ve ağırlıkla aşırı ilgilenme özellikle kendine verilen değeri, biçim ve ağırlık açısından düşünme, aşırı diyet yapmaya neden olur ve böylece yeme sorunu devam eder.
- 4- Biçim ve ağırlığa ilişkin aşırı ilgi sıklıkla uzun süre devam eden yetersizlik ve değersizlik hisleriyle birlikte dir.

Sonuçta tıknırcasına yeme aşırı diyet yapmaya; biçim ve ağırlıkla aşırı ilgilenmeye; ve düşük benlik saygısına zemin hazırlar(39,40).

Psikodinamik Yaklaşım

Bulimiya Nevroza, yeme krizleri, mideyi boşaltma çabaları ve normal kiloda olmaları nedeniyle anoreksiyadan ayrılır. Bruch, anoreksiya ve bulimiyanın birbirinden farklı olduğunu düşünür, anoreksikler katı ve disiplinli olmalarına karşılık, bulimikler impulsif, sorumsuz ve disiplinsizdir(43). Bu görüşlerin tersini savunan araştırmacılar da anoreksiya hastalarının % 40-50'sinde bulimiyanın da görüldüğünü ve yaşam boyu bu iki durumun birbirlerinin yerini alabildiklerini vurgularlar(64,65).

Mintz, bu iki hastalığı madalyonun iki yüzüne benzetir ve bastırma ve inkar savunmalarının yetersiz kaldığı durumlarda yeme krizlerinin oluştuğunu ve anoreksiyadan bulimiyaya geçiş olduğunu belirtmiştir.

Bulimiyada süperego kontrolünde ve ego gücünde bir yetersizlik söz konusudur ve bu yetersizlik özellikle de madde bağımlılığı gelişmesine ve hastanın zarar verici cinsel ilişkilere girmesine yol açar. Mintz, bulimik hastaların kişiler arası ilişkileri dış ortamdan gelebilecek cezalandırma ve zararları alma yolu olarak kullandıklarını belirtmektedir. Mintz'e göre cezalandırılma duyguları ebeveynlere karşı bilinçdışı agresyonların sonucudur ve bu agresyon daha sonra zarar verilmek üzere gıdaya dönüştürülmüştür(66).

Parman'ın Kestenberg E, Kestenberg J.'den doğru bildirdiğine göre bebeklikteki yeme davranışı edilgen bir davranış değildir ve hem saldırgan hem libidinal ruhsal enerjilerin yatırımını gerektirir. Bu açıdan bakıldığında da yemek yeme, içine almak, sahip olmak fethetmek anlamları taşır(67).

Freud ise çocuğun doyduktan sonra yaşadığı doyum yaşantısının cinsel doyumdan sonrakini çağrıştırdığını yani beslenme gereksiniminin cinsel doyum gereksinimine model oluşturduğunu belirtir ve bulimiklerin arzunun cinsel nesnesini gereksinimin nesnesi yerine koyduklarını savunur(68).

Couvreur C.(1997), BN'deki boşluk sorusuna dikkat çeker, ona göre doyum deneyiminin düşüncede yeniden canlandırılmasında ve doyumunu sağlayan nesnenin(annenin) yokken yeniden simgeleştirilmesinde sorun vardır ve bulimiya krizlerinin bu yeniden simgeleştirmenin en kısa yolu olarak görüldüğünü ve bu yolla paradoksal olarak ruhsal aygıtın boşaldığını ve nesne tasarımının ve kendiliğın yitirildiğini bildirir(69). Buna bağılı olarak da bulimiya da eylemsel ve davranışsal duygusallığın ön plana çıkması ve giderek otomatik hale gelmesi bir anlamda düşünce karşıtı etkinliğin öneminin artmasına neden olur.

Öyleyse sorun nesne yitimi ve onun simgeleştirilmesi ile ilgilidir. Bu da bulimiyanın nesne kaybı, eksiklik ve depresyonla ilişkisini gösterir(70). Freud'a göre nesne daha nesne olarak tanındığı anda kaybolmuştur. Melankolide nesne yitimi dayanılmazdır. Yastan onu ayıran budur. Bulimiya bu açıdan nesne yitiminin başarısızlıkla yaşandığı bir patolojidir. Zevk ilkesi gerçeklik ilkesinin önüne geçer. Nesneyle kurulan ilk ilişki biçiminin yasını tutmak mümkün olmamıştır. Ortaya çıkan kaygı ise daha çok nesne yitimi ile ilgilidir ve yarattığı gerginlik iç nesne yaratılamamış olduğundan bir felaket (catastrophe) kaygısı olarak yaşanacaktır. Bu açıdan bulimiyanın madde bağımlılıklarına yatkınlığı açıktır(68).

McDougall, kastrasyon kaygısının öncülü olan boşluk ve yitik kaygısının kadında bedenın bütünlüğünü içerdığını öne sürer. Bu da bulimiyanın kadınlarda daha sık görülmesini açıklamaktadır(71).

Bu noktada, annenin bebeğe yeterince eşlik edemediği durumda, dış nesne tam bulunamamış, dolayısıyla tam yitirilememiş ve iç nesnelere eksik yaratılmıştır. Yitirilen nesneye olan yatırım, çok yoğun ve çok özlem dolu olduğundan, ortadan kaldırılamaz ve ikincil narsistik yatırım aleyhine gelişir. Bu durumda ne ödipal kompleks ne kastrasyon kompleksi sağlam bir biçimde oluşacak ve yapılandırıcı, düzenleyici işlevlerini göreceklerdir. Nesnenin dış gerçekliğine bağımlı bir işleyiş biçimi ağırlığını sürdürecektir ve iyi olanı

sindirmek, kötü olanı atmak, ayırmak, idealize etmek gibi ilkel savunmalar ön plana çıkacaktır.

KOMORBİTİDE

BN hastalarıyla yapılan çalışmalarda AN ile benzerlikler bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada 59 kadın hastada % 75 duygulanım bozukluğu, % 63 majör depresyon, % 36 her hangi bir anksiyete bozukluğu, % 20 her hangi bir madde kullanımı, % 17 sosyal fobi, % 12 yaygın anksiyete bozukluğu ve % 1 panik bozukluk görülmüştür. Şizofreni ile ilgili olarak ise bir ilişkiye rastlanmamıştır(72).

Carlat ve Camargo(1991), majör depresyon ve anksiyete bozukluklarının yeme bozukluklarıyla birliktelik gösterdiklerini bildirmiştir(5). Ayrıca özellikle bulimik hastalarda madde kötüye kullanımının daha sık olduğu tespit edilmiştir(5,21,73).

ANOREKSİYA VE BULİMİYA NERVOZA İLE İLİŞKİLİ DİĞER ÖZELLİKLER

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

AN'de kişilik özellikleri toplum geneline göre aşırı kaçınanlık, aşırı özenlilik, inatçılık ve mükemmeliyetçilik olarak tanımlanır(22). Ek olarak iyileşmiş AN'li kadın hastalar arasında yüksek oranda mükemmeliyetçilik ve obsesif belirtiler gözlemlenmiştir(22,74), bu bulgular Temperament And Character Inventory(75), Multidimensional Perfectionism Scale(76) ve Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale(77,78) gibi değerlendirme ölçekleriyle de kuvvetlendirilmiştir.

Çalışmalar anoreksiya (bulimik semptomları olmayan hastalarda) ve kişilik özellikleriyle ilgili olarak içedönüklük, konformizm(uymacılık), mükemmeliyetçilik, zihinsel katılık ve obsesif-kompulsif olmayı saymıştır(32).

Bulimiya için bu durum biraz daha karışıktır. Araştırmalar, bulimik hastaların dışadönük, histrionik ve affektif olarak dengesiz olduklarını göstermesine rağmen, anoreksik ve bulimiklerde yapılan çalışmalar da mükemmeliyetçilik, utangaçlık ve tolerans gibi özellikler bulmuştur(33).

Ayrıca mizaçla ilgili çalışmalarda BN'li kişilerde dürtüsellik, yenilik arayışı(79) ve şiddetli kaçınanlık düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur(80,81,82). Yüksek oranlı kişilik bozuklukları gibi aşırı negatif duygulanım ve stres reaksiyonu(83) da BN'li kişiler arasında çok çıkmıştır(84). Negatif duygulanım, mükemmeliyetçilik, sosyal güvensizlik, stres reaksiyonu ve etkisiz hissetme oranları, iyileştikten bir yıl sonra bile BN'li kadınlarda yüksek bulunmuştur(85).

Yeme bozukluğu hastalarında, belirtiler ortaya çıkmadan önceki kişilik özelliklerinin değerlendirilmesine ilişkin araştırmaların planlanması oldukça güçtür. Ancak belirtiler düzeldikten sonraki kişilik özelliklerine bakıldığında, hastaların obsesyonel ve esnek olmayan

düşünce biçimlerini ve sosyal izolasyonu sürdürdükleri, kişiler arası ilişkilerde daha güvensiz oldukları, mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine sahip oldukları bildirilmiştir(86).

KENDİNE ZARAR VERME

Kendine zarar verme davranışı(self-mutilation, self-injury, self-harm), bilinçli bir intihar amacı olmaksızın, tasarlanmış bir şekilde beden dokularına zarar verici, karmaşık bir grup davranışı içermektedir(87). İntihardan farklı olarak bu davranışlar ölümü amaçlamaz ve hastalara bir rahatlama ve anlamlılık verir. Bu tür davranışları gerçekleştirirken artan gerilim eşliğinde dürtüsellik ve eylemin bitişini takip eden rahatlama görülmektedir(88,89). Simeon ve arkadaşları, kendine zarar verici davranışı, bir ölüm niyeti olmaksızın kişinin kendi bedenine kasten direkt fiziksel zarar vermesidir, diye tanımlamışlardır(90).

Bu davranışlar genel olarak dört grupta görülmektedir.

1. Borderline kişilik bozukluğu olanlar
2. Mental retardasyonu ve diğer organik bozukluğu olanlar
3. Yeme bozukluğu olanlar
4. Antisosyal kişilik bozukluğu olanlar(91).

Psikiyatrik popülasyonda kendine zarar verme oranları, normal popülasyondan çok daha fazladır. Kendine zarar verme davranışının varlığı, genel popülasyonun % 4'ünde, klinik popülasyonun % 21'inde rapor edilmiştir(92).

Eğer değerlendirilen popülasyon ergenlerle sınırlandırılırsa, vaka oranı dramatik olarak artmakta, % 40'lara yaklaşmaktadır(93).

Kendine zarar verme davranışı, hayatın erken dönemlerinde travma yaşamış kişilerde görülmekte ve sıklıkla, stres yaşanan dönemlerde ortaya çıkmaktadır. Pek çok vakada tetikleyici olay, kişinin anne-babası ya da sevgilisi tarafından reddedildiğini algılamasıdır. Bu kişiler sıklıkla mükemmeliyetçidirler. Fiziksel görünüşlerinden memnun değildiler ve

duygularını kontrol ve ifade etmede güçlük yaşamaktadırlar(94). Kendilerini ifade edememelerinin yanı sıra çarpıtılmış bir benlik algısına sahiptirler(95). Kendine zarar veren kişiler, duygusal uzaklık ve kararsız ebeveyn uzaklığı-yakınlığı sebebiyle kısmi yokluk yaşamaktadırlar(96). Bahsedilen bu duygusal sebeplerin yeme bozukluklarının da ortaya çıkmasında rastlanılan özelliklerden olduğu düşünülmektedir. Nitekim Favazza ve arkadaşları, kendine zarar vermenin yeme bozuklukları gibi bir dürtü bozukluğu olduğunu ifade ederler ve eşliğinde diğer dürtü bozukluklarının; yeme bozuklukları ve kleptomani gibi, bulunabileceğini belirtirler(97). Claes ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmaya göre 185 yeme bozukluğu hastasının % 45'i bir veya birden fazla olarak kendine zarar verme davranışında bulunmuştur(98).

Kendine zarar verme davranışı (tırnak yeme, saç çekme-koparma, deri kesme-yakma vb.) ve yeme bozukluğu alt tipleri [Anoreksiya Nervosa Restrictive(kısıtlayıcı) tip(AN-R), Anoreksiya Nervosa Binge-eating/Purging(abur-cubur yeme/müşhille bağırsakları temizleme) tip(AN-BP) ve Bulimiya Nervosa Purging tip(BN)] birbiriyle ilişkisi hakkında çok fazla sayıda araştırma yoktur. Claes ve arkadaşları yine aynı çalışmada kendine zarar verme davranış tipleriyle arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır(98). Ancak Nagata ve arkadaşlarının 2000 yılında Japon yeme bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmada, 60 hasta (AN-R) tip, 62 hasta (AN-BP) tip ve 114 hasta da (BN) tip ve 66 hasta da kontrol grubudur ve bu çalışmada AN-R tip hastaların % 2'sinin, AN-BP tip hastaların % 11'inin, BN hastalarının % 18'inin ve kontrol grubunun % 2'sinin kendine zarar verici davranışta bulunduğu bulunmuştur(99).

Bulimiklerin ilk nesne kayıplarından ve bu kaybı simgeleştirebilmedeki başarısızlıklarından bahsedilmiştir. Bu başarısızlık sonucu zevk ilkesi gerçeklik ilkesinin yerine geçiyor ve nesneyle kurulan ilk ilişkinin yasını tutmak mümkün olmuyordu. Ortaya çıkan kaygı durumu nesne kaybıyla ilgili oluyor ve ortaya çıkan gerginlik iç nesne

yaratılmadığından bir felaket duygusu gibi yaşıyordu. Bu mekanizma bulimiyada çokça görülen kendine zarar verme ve intihar davranışlarının altındaki potansiyeli gösterir niteliktedir(70).

Bulimik için kendine zarar verme sadece bir gerilimi boşaltma yöntemi değil aynı zamanda bedenini deneyimleme, kimlik ve gerçeklik hissini arama yöntemidir. Yeme bozukluğu olan kişilerin sadece beden imajlarıyla değil, bedenlerini deneyimlemeyle de ilgili özel bir problemleri vardır(100,101). Davranış kontrolündeki ve beden duygularının yönetmedeki başarısızlığa tepki olarak obsesiflik ve kompulsif tarzda eylemler(saç çekme, deri kazıma) gerçekleştirilir(11).

Favaro ve Santonastaso(1998), 175 yatan BN'li hastayla yaptıkları araştırmada hastaların % 70 oranında kendine zarar verme davranışında (saç çekme, deri kesme ve yakma vb.) bulduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca dürtüsel olarak kendine zarar veren hastaların anlamlı derecede depresif ve çoğunun intihar girişiminde bulunmuş olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca dürtüsel kendine zarar verme eyleminde bulunan hastaların daha kısa bir hastalık süresi ve bilinçliliğinde büyük bir eksiklik olduğunu da bildirmişlerdir(102).

İNTİHAR

Fazla bilinmemesine karşın yeme bozukluklarında intihar riski oranı giderek artmaktadır(103,104). Sullivan, AN için ölüm oranını yaklaşık olarak % 5.6 olarak bildirilmiş ve yeme bozukluklarının etkileri sonrasında intiharın en yaygın ikinci ölüm nedeni olduğunu belirtmiştir(105). Favaro, Santonastaso ve Patton da intiharın yeme bozukluğu olan hastalarda en yaygın ölüm nedeni olduğunu bildirmiştir(106,107). Yaptıkları çalışmada Crisp ve Callender, AN'li hastaların intihar oranını % 3-% 7 bulmuştur(108).

Yeme bozukluklarının depresyon, intihar hissi ve davranışıyla bağlantısı bilinmektedir(106). Viesselman ve Roig, 95 yatan hastanın % 80'inde majör depresyon ve

%46-60'ında intihar düşüncesi olduğunu ayrıca bu hastaların %20'sinin intihar girişiminde bulunup bu girişimlerin de % 40'nın ciddi ölüm tehlikesi taşıdığını bildirmiştir(109). Lehoux ve Steiger ise majör depresyon, intihara yatkınlık ve anksiyetenin bir çok vakada bulimik semptomların hafiflemesiyle çözülebildiğini belirtmişlerdir(110).

Ayrıca Favaro ve Santonastaso, ayakta tedavi gören 495 yeme bozukluğu olan hastanın % 29'unda yaygın intihar düşüncesi olduğunu bildirmişlerdir(106). Orta vadeli araştırmalar göstermiştir ki AN'li hastaların sadece % 50'si ve BN'li hastaların sadece % 40'ı iyileşmektedir. Bu da hastalığın uzun vadeli tedavisinde intiharı önlemenin önemli bir faktör olduğunu göstermektedir(111,112).

İntihar girişiminde bulunanlarda psikiyatrik aynı anda gidişle ilgili yayınlar da vardır. Mitchell, intihar girişiminde bulunanlardan anoreksiyalıların binge-eating-purging(abur-cubur yeme/müşhille bağırsakları temizleme) tipinde ve bulimiklerin de purging(müşhille bağırsakları temizleme) tipinde olanların diğer alt gruplara göre daha fazla sıklık gösterdiğini bildirmiştir(113). Favaro ve Santonastaso ise intihar girişiminde bulunanların eğer AN'li ise daha uzun bir hastalık süresine sahip, daha az kilolu ve daha yaşlı olduklarını, BN'lilerin ise daha fazla psikiyatrik belirti(duygu-durum bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı) gösterdiklerini bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada hem anoreksiya hem de bulimiya nervozalı intihar girişimcilerinde obsesif davranışlar intihar girişiminde bulunmayanlar ve intihar girişimlerini tekrarlayanlara göre yüksek bulunmuştur(106). Wonderlich ve Swift, intihar girişimcilerinin borderline kişilik bozukluğuyla bağlantılı olduğunu bildirmiştir(114).

Youssef ve arkadaşları(2004) yeme bozukluklarını alt tiplerine göre(AN-R, AN-P; BN-P, BN-NP) değerlendirdikleri araştırmalarında, 152 yatan kadın hastayı intihar riskleri ve kişilik yapılarına göre sınıflamışlardır. Buna göre AN-R tipteki kadın hastalarda eğer kendini cezalandırma eğilimi ve anti-sosyal davranışlar, AN-P tipteki hastalarda çeşitli fiziksel şikayetler, sosyal ortamlarda zorluk ve anti-sosyal davranışlar ve BN-P tipteki hastalarda

obsesif davranışlar ve fobik korkularla beraber kolay kızma eğilimi mevcutsa, bu hastalar intihar girişimi açısından daha riskli bulunmuşlardır(115).

AİLE İÇİ İLİŞKİLER VE YEME DÜZENLERİ

Ataerkil toplumlarda kız çocuklardan edilgen, bağımlı, itaatkâr, uyumlu olmaları, erkek çocuklardan ise aktif, bağımsız, başarılı, iddiacı hatta saldırgan olmaları beklenir. AN'li kızlarda bu beklentilere aşırı uyum gösterme eğilimi olduğu belirtilmektedir. Preanoreksik model, bağımlı, kendini ifade etme güçlüğü olan, söylenilene yapan genç kız modelidir(116). Anoreksiyalı hastaların anne babaları kızlarını hastalık öncesinde iyi, mutlu, bekleneni yapan, öfkeye kapılmayan, isyan etmeyen, kendilerine yardımcı çocuklar olarak tanımlarlar. Bu çocuklar “doğru olanı yapmak” ve başkalarını memnun etmek için öylesine uğraşırlar ki, kendi duygu ve isteklerinin farkında değildirler. Kendileri için istekleri olduğunda kendilerinin suçlu ve bencil hissederek(117). Bu bakımdan anneleriyle özdeşim kurarlar. Bu ailelerdeki model anneler, itaatkar, kendini feda eden, kendiden önce diğerlerini düşünen, bağımlı, tutucu, evde belirli kuralların uygulanmasını önemseyen ve benlik saygısı düşük olan kadınlardır. Bütün bu özellikler hastalık öncesi dönemde genç kızın özerklik duygusunu ve benlik saygısının zedeler.

Minuchin'e göre bu ailelerin özellikleri:

1- Aile içinde oldukça sıkı ve değişime izin vermeyen karmaşık bir iletişim tarzı(ailede bireysel sınırlar yoktur)

2- Aşırı koruyuculuk

3- Esnemeyen kurallar

4- Çatışmadan sakınma ve çatışmayı saptırma

Aile tamamen uyumlu ve mutlu aile oldukları inancındadır. Aile bütünlüğü, aile üyelerinden daha önemlidir. Yine Minuchin'in gözlemlerine göre, kızın bedeni kendine değil,

tüm aileye aitmiş gibi algılanır(117). Bu nedenle, böyle bir ailede yemeğin reddi bireysel kimlik ve özerklik için bir karşı çıkma çabası olabilir.

Kültüre bağlı olarak, kadının öfkesini göstermesi veya kendini açıkça ifade etmesi onaylanan bir davranış olmadığından, YB görülen aileler, kızlarına da öfkeyi açıkça ifade etme ve tartışma izni vermezler. Yiyecek, geçici olarak bu onaylanmayan öfke, kaygı ve duygusal tepkilerin yerini alır. Böylece kadınlar, gerginlik yaratan durumlarda duygularını açıkça ifade edeceklerine yemeyi tercih edebilirler(116). Benzer mekanizma BN’de de işlemekte ve bulimiya, duygulanımın düzenlenmesi ve bireysel olarak kendini yatıştırma özelliğinde yetersizlikle açıklanabilmektedir(118).

Bulimik hastaların ailelerinde normal ailelere kıyasla, ebeveynle kız çocukların birbirine karşı daha düşmanca, daha az sevgi dolu, ilişkilerde daha suçlayıcı, reddedici ve ihmal edici olduğu bildirilmiştir. Bir yanı sıra çatışmalı, diğer taraftan çatışmanın açıkça ifade edilmesine izin verilmeyen zorlayıcı bir ilişki yaşanır(119,120).

Bulimik aile ilişki özellikleri anoreksik aileye göre, daha değişken ve çatışmalıdır(121). Humphrey, bulimik aile etkileşimini aşırı yeme-kusma şeklindeki bulimik metaforla açıklamıştır. Bu modele göre, bulimik hastanın ailesi ile ilişkisinde ilgi, empati ve desteğe karşı doyurulmamış gelişimsel bir açlık vardır. Aynı şekilde, “kusma” birbirlerine karşı hissettikleri düşmanlık, red ve engellenmenin açıkça dışarı çıkarılmasının sonucudur.(120).

Humphrey’i destekler şekilde, Rupp ve Jurkovic’in çalışmasında bulimik kızların anneleriyle ilişkilerinde birbirlerine güven ve yakınlaşma güçlükleri olduğunu, annelerine az açılabilirliklerini bildirmişlerdir. Bulimik ergen kızlar ve anneleri, kontrol grubuna göre, bir diğerinin verecekleri yanıtları önceden tahmin edememektedirler(122).

Daha önce de belirtildiği gibi adolesanlar arasında özellikle de kız adolesanlarda sağlıklı kilo kontrol yöntemleri ve yeme bozuklukları yaygın olarak görülmektedir(123,124). Düzenli aile yemekleri yani aileyle birlikte yenen yemekler, yeme bozukluğundan korumada, erkenden fark edilmesinde ve tedavide önemli role sahiptir. Ayrıca düzenli aile yemekleri, aile içi sosyal etkileşimin ve yeme tutumlarının rol modeli olarak alınabilmesi için önemli bir fırsat sunmaktadır ve adolesanların yiyecek alımlarına ve olumlu psiko-sosyal gelişimlerine katkıda bulunmaktadır. Neumark-Sztainer ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda, aile yemeklerinin gençleri sağlıklı kilo kontrol yöntemlerinden koruduğunu bildirmişlerdir(125).

Daha sık aileyle yemek yediğini, aile yemeğine daha çok öncelik verildiğini, yemekte pozitif bir atmosfer olduğunu ve daha yapılandırılmış bir yemek çerçevesi olduğunu söyleyen adolesan kızların, sağlıklı kilo kontrol davranışlarına ve kronik diyetle maruz kalma riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca aile yemeklerinin atmosferini olumsuz algılayan kız adolesanların tıknircasına yeme davranışına kaydıkları ya da alternatif olarak tıknircasına yeme davranışında bulunan kız adolesanların aile yemeklerinin atmosferini olumsuz algıladıkları bulunmuş, erkek adolesanlarda ise bu yönde anlamlı bir sonuç bulunamamıştır(125).

Miller ve arkadaşları da 128 kolejli kız öğrenciyle yaptıkları retrospektif(geçmişe yönelik) bir çalışmada bulimik öğrencilerin bulimik olmayanlara göre erken aile yemeklerini ve yemekle ilgili deneyimleri daha olumsuz algıladıklarını ve yemek zamanını yoğun stresli ve çatışmalı bulduklarını ve besin alımını kendini cezalandırma-ödüllendirmede ve diyetle ve kiloya vurgu yapmada bir araç olarak kullandıklarını bildirmişlerdir(126).

GEREÇ ve YÖNTEM

Tez çalışması 2005 öğretim yılı içinde İstanbul'da, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel bölgeleri itibarı ile çeşitlilik gösteren 3 * farklı ortaöğretim kurumunda gerçekleştirilmiştir. Anılan tarihler arasında seçilmiş okulların 1., 2. ve 3. sınıflarında eğitim gören, yaşları 15-18 arasında değişen, 500 kız, 500 erkek, toplam 1000 öğrenci çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

* Anket çalışmasının yapıldığı İstanbul liseleri, bölgeleri ve öğrenci sayıları

Eyüp Lisesi	Eyüp	250 kız, 250 erkek, toplam 500 öğrenci
Saint Benoit Lisesi	Beyoğlu	125kız, 125 erkek, toplam 250 öğrenci
Fenerbahçe Lisesi	Kadıköy	125kız, 125 erkek, toplam 250 öğrenci

Genel toplamda araştırmada, yeme bozukluklarının saptanabilmesi için daha önceden hazırlanmış, geçerliliği ve güvenilirliği klinik çalışmalarla gösterilmiş olan Yeme Tutumu Testi (Eating Attitude Test, EAT 40) uygulanmıştır. Asıl formu İngilizce olan YTT-40 ilk defa Gardner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiş ve 1985 yılında Orhan Doğan tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir, daha sonra da 1989'da Savaşır ve Erol tarafından geçerlilik/güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. 11 ila 70 yaş arasına uygulanabilen, yeme bozuklukları olan hastaların yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ile normal bireylerdeki yeme davranışında olası bozuklukların belirtilerini ölçmek üzere yapılandırılmıştır. Kağıt-kalem testi olan YTT-40, 40 maddeden oluşmaktadır ve 6 dereceli Likert tipi yanıtlanan testin zaman sınırlaması yoktur. Ölçeğin kesim (cut-off) puanı 30 olarak alınmıştır.

Asıl formun, Kuder Richardson güvenilirliği, Cronbach alfa değeri, .79'dur. yapı geğerliliği ise, .87 düzeyindedir. Trkęe formun, test-tekrartest güvenilirliği .65, Kuder Richardson güvenilirliği ise .70 alfa değeridir. Trkęe formun geçerlilik çalışmaları da yapılmıştır. Ölçüt bağımlı geğerliliği, Mardsley Obsesif-kompulsif envanteri ortalama puanları ile Yeme Tutum Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlara bakılmıştır ve bunlar obsesiflik boyutunda .32, temizlik boyutunda .18, kontrol boyutunda .16 ve kararsızlık boyutunda .10 olarak belirlenmiştir(127).

Ayrıca araştırmamızda YTT- 40'ın yanında öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve intihar ve kendine zarar vermeye ilgili düşüncelerini değerlendirebilmek için 32 sorudan oluşan bir soru formu oluşturulmuştur.

Araştırma verileri Ki-kare ve Student-T analiz yöntemleri kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular .05 anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin tümü Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SBİP)-(Statistical Package for Social Sciences-SPSS) Programının 10.0 sürümü kullanılarak değerlendirilmiştir.

Anılan lek, İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün 16.02.2005 gün ve B.08.4.MEM.4.34.00.18.580/265 sayılı izni ile ve uygulama anılan okulların Rehberlik servislerinde görevli öğretmenlerce aynı anda ve tek oturumda anonim olarak gerçekleştirilmiştir. Ölçekler, uygulama sonrasında, öğrencilerin kendileri tarafından isimsiz kapalı zarflara konulmak suretiyle gizlilik ilkesine bağlı kalınarak toplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümü, yaşları 15-18 arasında değişen 500 kız 500 erkek öğrencinin 40 sorudan oluşan YTT-40'a ve demografik özellikleri, intihar ve kendine zarar vermeyle ilgili yaklaşımları araştıran soru formuna verdikleri yanıtlar sonucu ortaya çıkan verilerin istatistiksel analizlerini ve bu analizlerden elde edilen sonuçları içermektedir.

Araştırma bulgularının sunumu, 1000 öğrenciden oluşan örneklem grubunun yeme tutumlarında bozukluk gösterme sıklığının belirtilmesiyle başlamakta(Bkz. Tablo.1), daha sonra yeme tutumlarında bozukluk gösteren grupla göstermeyen grubun sosyo-demografik özellikler(yaş, cinsiyet, okul başarısı, ekonomik durum, sosyal ilgiler) ve yeme tutumlarıyla ilgili diğer değişkenler(aile içi ilişkiler, grup halinde diyet yapma, yemek öğünleri, enerji içeceği içme) açısından karşılaştırılmasını gösteren tablolarla devam etmektedir ve son olarak da intihar ve kendine zarar verme yaklaşımlarıyla ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde birbirlerinden farklılaşıp farklılaşmadıklarının gösteren tabloların sunulmasıyla son bulmaktadır.

Araştırmada 500 kız, 500 erkek öğrenci denek olarak kullanılmıştır. Bu 1000 öğrenci içerisinde YTT-40'ta 30 kesme(cut-off) puanın üstüne çıkan 70 öğrenci tespit edilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü gibi yeme tutum ve davranışlarında bozukluk gösteren bu öğrenciler toplamda %7'lik bir oran oluşturmaktadır. 30 kesme puanının altında kalan 930 öğrenci de toplamın %93'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 1. Tüm Deneklerin Yeme Tutumlarında Bozukluk Gösterme Sıklığı Açısından 30 Kesme Puanına Göre Karşılaştırılması

Grup	N	%
30 ve altı	930	93,0
31 ve üstü	70	7,0

Tablo 2.'de görüldüğü gibi 15 yaşındaki deneklerin % 95,7'si normal grupta yer alıp yeme tutumlarında bozukluk göstermemiş, % 4,3'ü ise bozukluk göstermiştir. 16 yaşındaki deneklerin ise % 92,7'si normal grupta yer alırken % 7,3'ü normal olmayan grupta, 17 yaşındaki deneklerin % 92'si normal, % 8'i normal olmayan grupta ve son olarak 18 yaşındaki deneklerin % 92,9'u normal, % 7,1'i normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur(ki-kare=2,36, p>.05). Buna göre normal ve normal olmayan gruplar, yaş gruplarına göre yeme tutumlarında bozukluk gösterme sıklığı açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 2. Yaş Gruplarına Göre Yeme Tutumlarında Bozukluk Gösterme Sıklığının Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
15	156	95,7	7	4,3	163	16,3		
16	331	92,7	26	7,3	357	35,7		
17	312	92,0	27	8,0	339	33,9		
18	131	92,9	10	7,1	141	14,1	2,36	0,501

Tablo 3'te görüldüğü gibi 500 kız ve 500 erkekten oluşan denekler yeme tutumlarında bozukluk gösterme sıklığı açısından cinsiyetlerine göre değerlendirilmiştir. 500 erkek deneğin % 96,2' si yeme tutumlarında bozukluk göstermezken % 3,8'i bozukluk göstermekte, 500 kız deneğin % 89,1'i yeme tutumlarında bozukluk göstermezken % 10,2'si bozukluk göstermektedir. İki grup arasında anlamlı farklılık vardır(ki-kare=15,86, $p < .05$). Buna göre kız denekler erkek deneklere göre daha yüksek oranda yeme tutumlarında bozukluk göstermektedir.

Tablo 3. Kız ve Erkek Deneklerin Yeme Tutumlarında Bozukluk Gösterme Sıklığına Göre Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Erkek	481	96,2	19	3,8	500	50,0		
Kız	449	89,8	51	10,2	500	50,0	15,86	0,000

Tablo 4'te normal ve normal olmayan gruplar devam edilen sınıfa göre değerlendirilmiştir. Lise 1. sınıfa giden öğrencilerin % 93,8'i yeme tutumları açısından normal grupta yer alırken % 6,2'si normal olmayan grupta yer almıştır. Lise 2. sınıf öğrencilerinin % 92,1'i normal, % 7,9'u normal olmayan grupta ve son olarak da lise 3 öğrencilerinin % 93'ü normal grupta, % 7'si normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur(ki-kare=0,78, $p > .05$). Buna göre devam edilen sınıf açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadırlar.

Tablo 4. Devam Edilen Sınıfa Göre Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	P
1	320	93,8	21	6,2	341	34,1		
2	303	92,1	26	7,9	329	32,9		
3	307	93,0	23	7,0	330	33,0	0,78	0,676

Tablo 5’de normal ve normal olmayan gruplar sınıfta kalma durumuna göre değerlendirilmiştir. Normal gruptaki öğrencilerin % 6,7’si sınıfta kalırken % 93,3’ü kalmamıştır. Normal olmayan gruptaki deneklerin ise % 10,8’i sınıfta kalırken % 89,2’si sınıfta kalmamıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p > .05$). Buna göre sınıfta kalma durumu açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadırlar.

Tablo 5. Normal ve Normal Olmayan Grupların Sınıfta Kalma Durumuna Göre Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	P
Sınıfta Kalma								
Hayır	872	93,3	63	6,7	935	93,5		
Evet	58	89,2	7	10,8	65	6,5		0,209

Tablo 6’da görüldüğü gibi normal ve normal olmayan gruplar ders notu ortalamasına göre değerlendirilmiştir. 1. düzeydeki öğrencilerin % 96,3’ü normal grupta, % 3,7’si normal olmayan grupta yer almıştır. 2. düzeydeki öğrencilerin % 90,3’ü normal grupta, % 9,7’si

normal olmayan grupta yer alırken, 3. düzeydeki öğrencilerin % 93,4'ü normal grupta, % 6,6'si normal olmayan grupta 4. düzeydeki öğrencilerin de % 93,4'ü normal grupta, % 6,6'si normal olmayan grupta ve son olarak en yüksek düzeydeki öğrencilerin % 94,6'sı normal grupta, % 5,4'ü normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur(ki-kare=3,30, $p > .05$). Buna göre ders notu ortalaması açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadırlar.

Tablo 6. Ders Notu Ortalamasına Göre Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

.YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
1) 0-44	26	96,3	1	3,7	27	2,7		
2) 45-54	177	90,3	19	9,7	196	19,6		
3) 55-69	394	93,4	28	6,6	422	42,2		
4) 70-84	225	93,4	16	6,6	241	24,1		
5) 85+	53	94,6	3	5,4	56	5,6	3,30	0,654

Tablo 7'de normal ve normal olmayan gruplar anne-baba durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlılık sağlanabilin diye “anne-babanın ikisinin de sağ ve birlikte ”olduğu şartla diğer şartların(ikisi de sağ-ayrı, sadece anne sağ, sadece baba sağ vs.) karşılaştırılması şeklinde sunulmuştur. Anne-babası sağ ve birlikte olan deneklerin yeme tutumları açısından % 93,5'i normal grupta, % 6,5'i normal olmayan grupta yer alırken, diğer şartlara uygun olan deneklerin % 89,3'ü normal, % 10,7'si normal

olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur(ki-kare=2,92, $p > .05$). Buna göre anne-baba durumu açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadır.

Tablo 7. Anne-Baba Durumu Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Anne-Baba Durumu								
İkisi de sağ ve birlikte	819	93,5	57	6,5	876	87,9		
Diğer	108	89,3	13	10,7	121	12,1	2,92	0,087

Tablo 8’de gruplar anne eğitimi açısından karşılaştırılmaktadır. Annesi okur-yazar olan deneklerin % 95,5’i normal, % 4,5’i normal olmayan grupta; annesi ilköğretim mezunu olan deneklerin % 92,2’si normal, % 7,8’i normal olmayan grupta; annesi ortaöğretim mezunu olan deneklerin % 92,9’u normal, % 7,1’i normal olmayan grupta ve son olarak annesi yükseköğretim mezunu olan deneklerin % 93,3’ü normal, % 6,7’si normal olmayan grupta yer almaktadır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur(ki-kare=0,95, $p > .05$). Buna göre anne eğitimi açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadır.

Tablo 8. Anne Eğitimi Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Anne Eğitimi								
Okur yazar	63	95,5	3	4,5	66	6,6		
İlköğretim	296	92,2	25	7,8	321	32,3		
Ortaöğretim	274	92,9	21	7,1	295	29,7		
Yüksek okul	291	93,3	21	6,7	312	31,4	0,95	0,813

Tablo 9’da gruplar baba eğitimi açısından karşılaştırılmaktadır. Babası okur-yazar olan deneklerin % 92,6’sı normal, % 7,4’ü normal olmayan grupta; babası ilköğretim mezunu olan deneklerin % 93,9’u normal, % 6,1’i normal olmayan grupta; babası ortaöğretim mezunu olan deneklerin % 93’ü normal, % 7’si normal olmayan grupta ve son olarak babası yüksek okul mezunu olan deneklerin % 93’ü normal, % 7’si normal olmayan grupta yer almaktadır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur(ki-kare=0,22, $p > .05$). Buna göre baba eğitimi açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadır.

Tablo 9. Baba Eğitimi Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Baba Eğitimi								
Okur yazar	25	92,6	2	7,4	27	2,7		
İlköğretim	199	93,9	13	6,1	212	21,4		
Ortaöğretim	317	93,0	24	7,0	341	34,4		
Yüksek okul	383	93,0	29	7,0	412	41,5	0,22	0,973

Tablo 10’da denekler sahip oldukları kardeş sayısına göre değerlendirilmiştir. 1 kardeşi olan deneklerin % 93,5’i normal grupta % 6,5’i normal olmayan grupta yer almıştır. 2 kardeşi olan deneklerin % 91,4’ü normal % 8,6’sı normal olmayan grupta; 3 kardeşi olan deneklerin % 94,4’ü normal % 5,6’sı normal olmayan grupta ve son olarak 4 kardeşi olan deneklerin % 95,7’si normal % 4,3’ü normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır(ki-kare=4,03, $p > .05$). Buna göre normal ve normal olmayan gruplar sahip olunan kardeş sayıları açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 10. Sahip Olunan Kardeş Sayısı Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
1	144	93,5	10	6,5	154	15,9		
2	406	91,4	38	8,6	444	45,8		
3	219	94,4	13	5,6	232	23,9		
4	134	95,7	6	4,3	140	14,4	4,03	0,258

Tablo 11’de görüldüğü gibi yeme tutumları açısından normal ve normal olmayan olan gruplar ekonomik durumlarına göre değerlendirilmiştir. Aylık geliri 0-500 YTL arasında olan deneklerin % 96’sı normal grupta % 4’ü normal olmayan grupta yer almıştır. Aylık geliri 500-1000 YTL arasında olan deneklerin % 92,2’si normal % 7,8’i normal olmayan grupta; aylık geliri 1000-1500 YTL arasında olan deneklerin % 93,5’i normal % 6,5’i normal olmayan grupta ve son olarak aylık geliri 2000 YTL ve üzerinde olan deneklerin % 91,9’u normal % 8,9’u normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur(ki-

kare=2,98, $p > .05$). Buna göre ekonomik durum açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadır.

Tablo 11. Ekonomik Durum Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Eko. Durum								
0-500	119	96,0	5	4,0	124	13,5		
500-1 milyar	238	92,2	20	7,8	258	28,0		
1-2 milyar	188	93,5	13	6,5	201	21,8		
2 milyar +	305	91,9	27	8,1	332	36,1	2,98	0,560

Tablo 12’de gruplar ailesinde kronik bir hastalığı olan bir birey olup olmaması açısından değerlendirilmiştir. Ailesinde kronik bir hastalığı olmayan deneklerin % 93,8’i normal grupta % 6,2’ü normal olmayan grupta yer almıştır. Ailesinde kronik bir hastalığı olan bir birey olan deneklerin ise % 88,2’si normal grupta % 11,8’i normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır(ki-kare=5,48, $p < .05$). Buna göre ailesinde kronik hastalığı olan bir birey bulunan denekler bulunmayanlara göre yeme tutumlarında daha fazla bozukluk göstermektedir.

Tablo 12. Ailesinde Kronik Hastalığı Olan Bir Birey Bulunması Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Ailede Kronik Hastalık								
Hayır	810	93,8	54	6,2	864	86,4		
Evet	120	88,2	16	11,8	136	13,6	5,48	0,019

Tablo 13'te kız ve erkek deneklerin ailelerinde diyet yapan bir birey olma oranları değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 60,4'ünün ailesinde diyet yapan birey yokken % 39,6'sında vardır ve kız deneklerin % 59,4'ünün ailesinde diyet yapan birey yokken % 40,6'sında bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (ki-kare=0,10, $p > .05$). Buna göre kız deneklerle erkek denekler ailesinde diyet yapan bir birey olma açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 13. Kız ve Erkek Deneklerin Ailelerinde Diyet Yapan Bir Birey Olup Olmaması Açısından Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
Ailede Diyet						
Hayır	302	60,4	297	59,4		
Evet	198	39,6	203	40,6	0,10	0,747

Tablo 14'te görüldüğü gibi deneklerin ailesinde diyet yapan bireylerin oranı verilmiştir. Anneler % 17,6, babalar ve ablalar % 6,1 ve deneklerin kendisi de % 4,3 oranında diyet yapmaktadırlar.

Tablo 14. Ailede Diyet Yapan Bireylerin Oranı

Birey	N	%
Kendi	43	4,3
Anne	176	17,6
Baba	61	6,1
Abla	61	6,1

Tablo 15'te ise gruplar ailelerinde diyet yapan bir birey olup olmaması açısından değerlendirilmiştir. Ailelerinde diyet yapan birey olmayan deneklerin % 94,3'ü normal grupta % 5,7'si normal olmayan grupta yer almıştır. Ailelerinde diyet yapan birey olan deneklerin ise % 91'i normal grupta % 9'u normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır(ki-kare=4,02, $p < .05$). Buna göre ailelerinde diyet yapan bir birey olan denekler olmayanlara göre yeme tutumlarında daha fazla bozukluk göstermektedir.

Tablo 15. Ailesinde Diyet Yapan Bir Birey Olup Olmaması Açısından Normal ve Normal olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Ailede Diyet								
Hayır	565	94,3	34	5,7	599	59,9		
Evet	365	91,0	36	9,0	401	40,1	4,02	0,045

Tablo 16, 17 ve 18’de beslenme ögünlerinin evde, dışarıda veya evde-dışarıda olduğu şartlara göre normal ve normal olmayan grup arasındaki karşılaştırma sunulmuştur.

Kahvaltı’yı evde,dışarıda ve evde-dışarıda yapan normal ve normal olmayan gruplar birbirlerinden farklılaşmamaktadır(ki-kare=3,40, $p > .05$). Aynı şekilde öğle yemeğini evde,dışarıda ve evde-dışarıda yapan normal ve normal olmayan gruplar da birbirlerinden farklılaşmamaktadır(ki-kare=1,10, $p > .05$). Son olarak akşam yemeğini evde,dışarıda ve evde-dışarıda yapan normal ve normal olmayan gruplar da birbirlerinden farklılaşmamaktadırlar(ki-kare=1,92, $p > .05$). Buna göre beslenme ögünlerinin yenildiği yer açısından yeme tutumlarında bozukluk gösteren ve normal grup arasında bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 16. Kahvaltının Yapıldığı Yer Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Kahvaltı	731	93,7	49	6,3	780	78,6		
Dışarıda	174	91,1	17	8,9	191	19,3		
Evde+dışarıda	18	85,7	3	14,3	21	2,1	3,40	0,182

Tablo 17. Öğle Yemeğinin Yenildiği Yer Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Öğle Yemeği								
Evde	384	92,1	33	7,9	417	42,2		
Dışarıda	513	93,6	35	6,4	548	55,5		
Evde+dışarıda	22	95,7	1	4,3	23	2,3	1,10	0,576

Tablo 18. Akşam Yemeğinin Yenildiği Yer Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Akşam Yemeği								
Evde	816	93,2	60	6,8	876	88,4		
Dışarıda	73	90,1	8	9,9	81	8,2		
Evde+dışarıda	33	97,1	1	2,9	34	3,4	1,92	0,381

Tablo 19’da kız ve erkek denekler fast food yeme oranlarına göre değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 15,1’i fast food yemezken % 84,9’u fast food yemekte ve kız deneklerin % 12,1’i fast food yemezken % 87,9’u fast food yemektedir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(ki-kare=1,89, p> .05). Buna göre kız deneklerle erkek denekler fast food yeme oranları açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 19. Kız ve Erkek Deneklerin Fast Food Yeme Oranları Açısından Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	P
Hayır	75	15,1	60	12,1		
Evet	421	84,9	435	87,9	1,89	0,169

Tablo 20’de görüldüğü gibi gruplar fast food yiyip yememeleri açısından değerlendirilmiştir. Fast food yemeyen denekleri % 89,6’sı normal grupta % 10,4’ü normal olmayan grupta yer almış, fast food yiyen deneklerin % 93,5’i normal grupta % 6,5’i normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır(ki-kare=2,60, $p < .05$). Buna göre fast food yiyen ve yemeyen gruplar yeme tutumlarında bozukluk gösterme açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 20. Fast Food Yiyip Yememe Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	121	89,6	14	10,4	135	13,6		
Evet	800	93,5	56	6,5	856	86,4	2,60	0,107

Tablo 21’de ise gruplar fast food yeme sıklıkları açısından değerlendirilmiştir. Ayda bir iki kez fast food yiyen deneklerin % 91,8’i normal grupta % 8,2’si normal olmayan grupta yer almıştır. Ayda 4-5 kez fast food yiyen deneklerin ise % 93,4’ü normal grupta % 6,6’sı normal olmayan grupta yer almakta ve son olarak haftada en az bir kez fast food yiyen deneklerin % 94,3’ü normal % 5,7’si normal olmayan grupta yer almaktadır. Gruplar arasında

anlamli farklılık saptanmamıştır(ki-kare=1,57, p> .05). Buna göre fast food yeme sıklığı açısından normal ve normal olmayan gruplar birbirlerinden farklılaşmamaktadır.

Tablo 21. Fast Food Yeme Sıklığı Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Fast Food Sıklık								
Ayda bir iki kez	236	91,8	21	8,2	257	30,5		
Ayda 4-5 kez	169	93,4	12	6,6	181	21,5		
Haftada en az 1 kez	382	94,3	23	5,7	405	48,0	1,57	0,455

Tablo 22’de kız ve erkek denekler cips, abur cubur vs. yeme oranlarına göre değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 5,8’i fast food yemezken % 94,2’si cips, abur cubur vs. yemekte ve kız deneklerin % 2,8’i fast food yemezken % 97,2’si cips, abur cubur vs. yemektir. Gruplar arasında anlamı bir farklılık saptanmıştır(ki-kare=5,50, p< .05). Buna göre kız denekler erkek deneklerden daha fazla cips, abur cubur vs. yemektirler.

Tablo 22. Kız ve Erkek Deneklerin Cips, Abur-cubur vs. Yeme Oranları Açısından Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
Cips, Abur-cubur						
Hayır	29	5,8	14	2,8		
Evet	469	94,2	485	97,2	5,50	0,019

Tablo 23'te görüldüğü gibi gruplar cips, abur cubur vs. yiyip yememeleri açısından değerlendirilmiştir. Cips, abur cubur vs. yemeyen denekleri % 90,7'si normal grupta % 9,3'ü normal olmayan grupta yer almış, cips, abur cubur vs. yiyen deneklerin % 93,1'i normal grupta % 6,9'i normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır($p < .05$). Buna göre cips, abur cubur vs. yiyen ve yemeyen denekler yeme tutumlarında bozukluk gösterme açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 23. Cips, Abur-cubur vs. Yiyip Yememe Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	39	90,7	4	9,3	43	4,3		
Evet	888	93,1	66	6,9	954	95,7		0,536

Tablo 24'te ise gruplar cips, abur-cubur vs. yeme sıklıkları açısından değerlendirilmiştir. Ayda bir iki kez cips, abur-cubur vs. yiyen deneklerin % 89,1'i normal grupta % 10,9'u normal olmayan grupta yer almıştır. Ayda 4-5 kez cips, abur-cubur vs. yiyen deneklerin ise % 88,2'si normal grupta % 11,8'i normal olmayan grupta yer almakta ve son olarak haftada en az bir kez cips, abur-cubur vs. yiyen deneklerin % 94,5'i normal % 5,5'i normal olmayan grupta yer almaktadır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır(ki-kare=9,94, $p < .05$). Buna göre ayda bir-iki ve ayda 4-5 kez yiyen gruplar haftada en az bir kez yiyen gruptan daha sık cips, abur-cubur vs. yemektedir.

Tablo 24. Cips, Abur-cubur vs. Yeme Sıklığı Normal ve Normal olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Cips, Abur-cubur Sıklık								
Ayda bir iki kez	90	89,1	11	10,9	101	10,7		
Ayda 4-5 kez	135	88,2	18	11,8	153	16,2		
Haftada en az 1 kez	653	94,5	38	5,5	691	73,1	9,94	0,007

Tablo 25’de kız ve erkek deneklerin arkadaş ilişkilerinin kalitesi açısından değerlendirilmesi sunulmuştur. Erkek deneklerin % 4,2’si arkadaş ilişkilerini yetersiz, % 36,8’i iyi ve % 59’u çok iyi bulmaktadır. Kız deneklerin % 2,4’ü arkadaş ilişkilerini yetersiz, % 28,2’si iyi ve % 69,4’ü çok iyi bulmaktadır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-kare=12,36, $p < .05$). Buna göre arkadaş ilişkilerini iyi bulan erkek denekler kız deneklerden ve arkadaş ilişkilerini çok iyi bulan kız denekler erkek deneklerden daha fazladır.

Tablo 25. Kız ve Erkek Deneklerin Arkadaş İlişkilerinin Kalitesi Açısından Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
Ark. İlişkileri						
Yetersiz	21	4,2	12	2,4		
İyi	182	36,8	141	28,2		
Çok iyi	292	59,0	347	69,4	12,36	0,002

Tablo 26’da denekler arkadaş ilişkilerinin kalitesi açısından değerlendirilmiştir. Arkadaş ilişkilerini yetersiz bulan deneklerin % 84,8’i normal grupta % 15,2’si normal olmayan grupta yer almıştır. Arkadaş ilişkilerini iyi bulan deneklerin % 93,2’si normal grup %6,8’i normal olmayan grupta yer alırken, arkadaş ilişkilerini çok iyi bulan deneklerin % 93,4’ü normal grupta % 6,6’sı normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(ki-kare=3,59, p> .05). Buna göre normal ve normal olmayan gruplar arkadaş ilişkilerinin kalitesi açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 26. Arkadaş İlişkilerin Kalitesi Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Yetersiz	28	84,8	5	15,2	33	3,3		
İyi	301	93,2	22	6,8	323	32,5		
Çok iyi	597	93,4	42	6,6	639	64,2	3,59	0,166

Tablo 27’de kız ve erkek denekler diyet yapan arkadaşlara sahip olma açısından değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 56’sının diyet yapan arkadaşı yokken % 44’ünün vardır. Kız deneklerin ise % 29,7’sinin diyet yapan arkadaşı yokken % 70,3’ünün diyet yapan arkadaşı vardır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-kare=69,70, p< .05). Buna göre kız denekler erkek deneklere göre daha fazla diyet yapan arkadaşına sahiptir.

Tablo 27. Kız ve Erkek Deneklerin Diyet Yapan Arkadaşa Sahip Olma Açısından Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	275	56,0	147	29,7		
Evet	216	44,0	348	70,3	69,70	0,000

Tablo 28’de ise görüldüğü gibi denekler diyet yapan arkadaşlarının olup olmaması açısından değerlendirilmiştir. Diyet yapan arkadaşları olan deneklerin % 91,8’i normal grupta %8,2’si normal olmayan grupta yer almış, diyet yapan arkadaşı olmayan deneklerin % 94,5’i normal grupta % 5,5’i normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır(ki-kare=2,71, $p > .05$). Buna göre diyet yapan arkadaşlarının olup olmaması açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadır.

Tablo 28. Diyet Yapan Arkadaşlarının Olup Olmaması Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	399	94,5	23	5,5	422	42,8		
Evet	518	91,8	46	8,2	564	57,2	2,71	0,099

Tablo 29’da kız ve erkek denekler grup halinde diyet yapıp yapmama açısından değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 96,5’i grup halinde diyet yapmazken % 3,5’i grup halinde diyet yapmaktadır. Kız deneklerin ise % 79,6’sı grup halinde diyet yapmazken % 20,4’ü grup halinde diyet yapmaktadır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-

kare=73,13, $p < .05$). Buna göre kız denekler erkek deneklere göre daha fazla grup halinde diyet yapmaktadır.

Tablo 29. Kız ve Erkek Deneklerin Grup Halinde Diyet Yapma Oranlarına Göre Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	473	96,5	393	79,6		
Evet	17	3,5	101	20,4	73,13	0,000

Tablo 30’da ise görüldüğü gibi denekler grup halinde diyet yapıp yapmamaları açısından değerlendirilmiştir. Grup halinde diyet deneklerin % 94,8’i normal grupta % 5,2’si normal olmayan grupta yer almış, grup halinde diyet yapmayan deneklerin % 79,3’ü normal grupta % 20,7’si normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-kare=11,8, $p < .05$). Buna göre grup halinde diyet yapan denekler yapmayan deneklere göre yeme tutumlarında daha fazla bozukluk göstermektedir.

Tablo 30. Grup Halinde Diyet Yapıp Yapmama Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	821	94,8	45	5,2	866	88,0		
Evet	94	79,3	24	20,7	118	11,8	37,81	0,000

Tablo 31’de kız ve erkek denekler enerji içeceği içme oranları açısından değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 54,2’si enerji içeceği içmezken % 45,8’i enerji içeceği içmektedir. Kız deneklerin ise % 78,4’ü enerji içeceği içmezken % 21,6’sı enerji içeceği içmektedir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-kare=64,53, $p < .05$). Buna göre erkek denekler kız deneklere göre daha fazla enerji içeceği içmektedirler.

Tablo 31. Kız ve Erkek Deneklerin Enerji İçeceği İçme Oranlarına Göre Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	266	54,2	385	78,4		
Evet	225	45,8	106	21,6	64,53	0,000

Tablo 32’de görüldüğü gibi gruplar enerji içeceği içip içmemeleri açısından değerlendirilmiştir. Enerji içeceği içmeyen deneklerin % 92,9’u normal grupta % 7,1’i normal olmayan grupta yer almış, enerji içeceği içen deneklerin % 93,7’si normal grupta % 6,3’ü normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır(ki-kare=0,18, $p < .05$). Buna göre enerji içeceği içen ve içmeyen denekler gruplar yeme tutumlarında bozukluk gösterme açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 32. Enerji İçeceği İçip İçmeme Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	605	92,9	46	7,1	651	66,3		
Evet	310	93,7	21	6,3	331	33,7	0,18	0,672

Tablo 33'te ise gruplar enerji içeceği içme sıklıkları açısından değerlendirilmiştir. Ayda bir iki kez enerji içeceği içen deneklerin % 94,9'u normal grupta % 5,1'i normal olmayan grupta yer almıştır. Ayda 4-5 kez cips enerji içeceği içen deneklerin ise % 86,7'si normal grupta % 13,3'ü normal olmayan grupta yer almakta ve son olarak haftada en az bir kez enerji içeceği içen deneklerin % 95,9'u normal % 4,1'i normal olmayan grupta yer almaktadır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır(ki-kare=6,02, p< .05). Buna göre ayda 4-5 kez enerji içeceği içen gruptaki denekler ayda bir-iki kez ve haftada en az bir kez içen gruptaki deneklerden daha fazla yeme tutumlarında bozukluk göstermektedirler.

Tablo 33. Enerji İçeceği İçme Sıklığı Normal ve Normal olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Ayda bir iki kez	186	94,9	10	5,1	196	59,6		
Ayda 4-5 kez	52	86,7	8	13,3	60	18,2		
Haftada en az 1 kez	70	95,9	3	4,1	73	22,2	6,02	0,049

Tablo 34'de kız ve erkek denekler kendine fiziksel zarar verme oranları açısından değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 69,5'i kendine fiziksel zarar vermezken % 30,5'i fiziksel olarak zarar vermektedir. Kız deneklerin ise % 65,8'i kendine fiziksel zarar vermezken % 34,2'i fiziksel olarak zarar vermektedir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(ki-kare=1,46, p> .05). Buna göre kız ve erkek denekler kendine fiziksel zarar verme açısından farklılaşmamaktadır.

Tablo 34. Kız ve Erkek Deneklerin Kendine Fiziksel Zarar Verme Oranlarına Göre Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
Fiziksel Zarar						
Hayır	339	69,5	322	65,8		
Evet	149	30,5	167	34,2	1,46	0,227

Tablo 35'te ise denekler kendine fiziksel zarar verip vermemeleri açısından değerlendirilmişlerdir. Kendilerine fiziksel zarar vermeyen deneklerin % 95'i normal grupta % 5'i normal olmayan grupta yer alırken, kendine fiziksel zarar veren deneklerin % 88,6'sı normal % 11,4'ü normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-kare=32,3, $p < .05$). Buna göre kendine fiziksel zarar veren denekler vermeyenlere göre yeme tutumlarında daha fazla bozukluk göstermektedir.

Tablo 35. Kendine Fiziksel Zarar Verme Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Fiziksel Zarar								
Hayır	628	95,0	33	5,0	661	67,7		
Evet	280	88,6	36	11,4	316	32,3	13,34	0,000

Tablo 36'da ise denekler kendilerine fiziksel zarar verme sıklıkları açısından değerlendirilmiştir. Ayda bir iki kez kendine fiziksel olarak zarar veren deneklerin % 89,5'i normal grupta % 10,5'i normal olmayan grupta yer almıştır. Kendine ayda 4-5 kez fiziksel zarar veren deneklerin ise % 100'ü normal grupta yer almakta ve son olarak kendine haftada

en az bir kez fiziksel zarar veren deneklerin % 82,8'i normal % 17,2'si normal olmayan grupta yer almaktadır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır(ki-kare=42,4, p< .05).

Buna göre haftada en az bir kez kendine fiziksel zarar veren denekler, kendine ayda bir-iki kez ve 4-5 kez zarar veren gruptaki deneklerden daha fazla yeme tutumlarında bozukluk göstermektedirler.

Tablo 36. Kendine Fiziksel Zarar Verme Sıklığı Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Fiziksel Zarar Sıklık								
Ayda bir iki kez	119	89,5	14	10,5	133	46,2		
Ayda 4-5 kez	33	100,0	0	0	33	11,5		
Haftada en az 1 kez	101	82,8	21	17,2	122	42,4	7,82	0,020

Tablo 37'de kız ve erkek denekler bir kez olsun intiharı düşünme oranları açısından değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 76,9'u intiharı hiç düşünmemişken % 23,1'i bir kez olsun intiharı düşünmüştür. Kız deneklerin ise % 62,8'i intiharı hiç düşünmemişken % 37,2'i bir kez olsun intiharı düşünmüştür. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-kare=23,29, p< .05). Buna göre kız denekler erkek deneklerden daha fazla intiharı düşünmüştür.

Tablo 37. Kız ve Erkek Deneklerin İntihar Düşünme Oranlarına Göre Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
İntihar İstek						
Hayır	376	76,9	310	62,8		
Evet	113	23,1	184	37,2	23,29	0,000

Tablo 38’da denekler hiç intihar etmeyi düşünüp düşünmediklerine göre değerlendirilmiştir. İntihar düşüncesine sahip olmayan deneklerin % 94,6’sı normal grupta % 5,4’ü normal olmayan grupta yer alırken, intihar düşüncesine sahip olan deneklerin % 89,2’si normal %10,8’i normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır(ki-kare=9,19, $p < .05$). Buna göre intihar düşüncesine sahip olan denekler sahip olmayan deneklere göre yeme tutumlarında daha fazla bozukluk göstermektedir.

Tablo 38. İntihar Düşüncesine Sahip Olup Olmama Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
İntihar İstek								
Hayır	649	94,6	37	5,4	686	69,8		
Evet	265	89,2	32	10,8	297	30,2	9,19	0,002

Tablo 39’da kız ve erkek denekler bir kez olsun intiharı planlama oranları açısından değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 88,9’u intiharı hiç planlamamışken % 11,1’i bir kez olsun intiharı planlamıştır. Kız deneklerin ise % 77’si intiharı hiç planlamamışken % 23’ü bir kez olsun intiharı planlamıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-

kare=24,55, $p < .05$). Buna göre kız denekler erkek deneklerden daha fazla intiharı planlamıştır.

Tablo 39. Kız ve Erkek Deneklerin İntiharı Planlama Oranlarına Göre Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	p
İntihar Plan						
Hayır	433	88,9	378	77,0		
Evet	54	11,1	113	23,0	24,55	0,000

Tablo 40'ta ise denekler hiç intiharı planlayıp planlamadıklarına göre değerlendirilmiştir. İntiharı hiç planlamayan deneklerin % 94,3'ü normal grupta % 5,7'si normal olmayan grupta yer alırken, intihar planı yapmış olan deneklerin % 86,2'si normal %13,8'i normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır(ki-kare=17,1, $p < .05$). Buna göre bir kez olsun intiharı planlamış olan denekler, planlamamış deneklere göre yeme tutumlarında daha fazla bozukluk göstermektedir.

Tablo 40. Bir Kez Olsun İntiharı Planlayıp Planlamama Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
İntihar Plan								
Hayır	765	94,3	46	5,7	811	82,9		
Evet	144	86,2	23	13,8	167	17,1	13,85	0,000

Tablo 41'de kız ve erkek denekler intihar girişiminde bulunma oranları açısından değerlendirilmiştir. Erkek deneklerin % 96,5'u hiç intihar girişiminde bulunmamışken % 3,5'i intihar girişiminde bulunmuştur. Kız deneklerin ise %88,5'i hiç intiharı girişiminde

bulunmamışken % 11,5'i'ntihar girişiminde bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(ki-kare=22,51, p< .05). Buna göre kız denekler erkek deneklerden daha fazla intihar girişiminde bulunmuştur.

Tablo 41. Kız ve Erkek Deneklerin İntiharı Girişiminde Bulunma Oranlarına Göre Karşılaştırılması

YTT	Erkek		Kız		Sonuç	
	N	%	N	%	Ki-kare	P
Hayır	468	96,5	438	88,5		
Evet	17	3,5	57	11,5	22,51	0,000

Tablo 42'de denekler intihar girişiminde bulunup bulunmadıklarına göre değerlendirilmiştir. İntihar girişiminde hiç bulunmayan deneklerin % 93,8'i normal grupta % 6,2'si normal olmayan grupta yer alırken, intihar girişiminde bulunan deneklerin % 82,4'ü normal %17,6'sı normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır(ki-kare=13,55, p< .05). Buna göre intihar girişiminde bulunmuş olan denekler, intihar girişiminde bulunmamış deneklere göre yeme tutumlarında daha fazla bozukluk göstermektedir.

Tablo 42. İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
Hayır	850	93,8	56	6,2	906	92,4		
Evet	61	82,4	13	17,6	74	7,6	13,55	0,000

Tablo 43'te ise intihar girişiminde bulunan denekler bunu kaç kez yaptıklarına göre değerlendirilmiştir. İntihar girişimleri istatistiksel olarak anlamlılık sağlayabilmek için "1,2 ve 3" kez ile sınırlı tutulmuştur. İntihar girişiminde bir kez bulunan 41 deneğin % 82,9'u normal % 17,1'i normal olmayan grupta yer almıştır. İntihar girişiminde iki kez bulunan 16 deneğin ise % 81,3'ü normal % 18,8'i normal olmayan grupta ve son olarak da intihar girişiminde üç kez bulunan 17 deneğin %82,4'ü normal % 17,6'sı normal olmayan grupta yer almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(ki-kare=0,02, $p > .05$). Buna göre intihar girişimlerinin sayısı açısından normal ve normal olmayan gruplar farklılaşmamaktadır.

Tablo 43. İntihar Girişimlerinin Sayısı Açısından Normal ve Normal Olmayan Grupların Karşılaştırılması

YTT	Normal		Normal Olmayan		Toplam		Sonuç	
	N	%	N	%	N	%	Ki-kare	p
1	34	82,9	7	17,1	41	55,4		
2	13	81,3	3	18,8	16	21,6		
3	14	82,4	3	17,6	17	23,0	0,02	0,989

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu araştırmada, 1000 öğrenciden oluşan bir örneklem grubu, Yeme Bozuklukları (Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza) açısından taranmıştır. Yeme Tutum Testi'nde 30 puan ve üzerinde alan 70 kişi geri kalan 930 kişi ile karşılaştırılmış ve gösterdikleri benzerlikler ve farklılaşmalar değerlendirilmiştir.

YTT'nin yeme davranıřı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduđu dūřunlmektedir(128,129). Toplam puanın dūzeyi psikopatolojinin dūzeyi ile dođrudan iliřkilidir. Yani YTT-40, klinik dūzeyde de "hasta" kabul edilebilecek bireyleri saptayabildiđi gibi, bu bozukluđa ne kadar yatkın olunduđunun da bir gōstergesi olabilmektedir(128).

Ortaōđretim aşamasındaki 500 kız ve 500 erkek öğrenciden oluşan denekler yeme tutumlarında gösterdikleri bozulmalar açısından değerlendirilmiş, bu bozulmaların onların sosyo-demografik, ekonomik özellikleri, aile ve arkadaş ilişkileri ile bağlantısına bakılmıştır. Ayrıca yeme tutumlarında bozukluk gōsteren deneklerin kendine fiziksel olarak zarar verme, intihar dūřuncesi, planı ve girişimleriyle ilgili tutum ve yaklaşımları arasındaki bağlantı da değerlendirilmiştir.

Yeme tutum ve davranışlarında bozukluk gōsterme oranı, bu araştırmada % 7 olarak saptanmıştır(Bkz. Tablo 1). Bu oran, Altuğ ve arkadaşlarının 2000 yılında üniversite öğrencisi kız deneklerle daha önce yaptđı araştırma sonucu saptadıkları oranla uyumlu bulunmuştur(9).

Araştırmada yeme tutum ve davranışlarında bozukluk gōsterme açısından kız denekler erkek deneklerden daha fazla bulunmuştur(Bkz. Tablo 3). Bu oran daha önce yapılan yerli ve yabancı araştırmalardaki sonuçlarla paralel doğrultudadır(6,18,19,20,21).

Yeme tutum ve davranışında bozukluk gōsteren tipik hasta profilinin genelde üst sosyo-ekonomik gelir dūzeyinden, batılı beyaz kız adolesanlar olduğu daha önce

belirtildi(22). Bununla birlikte son dönemde yapılan araştırmalar, yeme bozukluklarına batı kùltüründen etkilenmeye başlayan diğer toplumlarda ve toplumların alt sosyo-ekonomik seviyelerinde de rastlanmaya başlandığını bildirmektedir(5,6). Bu araştırmada 4 seviyeye[1) 0-500 YTL, 2) 500-1000 YTL, 3) 1000-1500 YTL, 4) 2000 YTL-ùstù] ayrılan aylık gelir durumlarına göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır(Bkz. Tablo 11). Bùylece yeme bozukluklarında toplumlarda görùlmeye başlanan değişikliklerin bu araştırmaya da yansdığı gösterilmiş, yeme bozukluklarının sadece üst sosyo-ekonomik seviyedeki bireylerde görùlen bir hastalık olmadđı ve toplumların tüm kesimlerini etkilemeye bařladđını rapor eden araştırmalarla(23,24) benzer bir sonuç bulunmuştur.

Bu araştırmada ailesinde kronik bir rahatsızlığı olan bir birey bulunan deneklerde daha fazla oranda yeme tutum ve davranışlarında bozukluk saptanmıştır(Bkz. Tablo 12). Aile bireylerinde kronik bir hastalđın varlığı, gelişme evresinde olan bir ergen için duygusal açıdan zedeleyici olabilmekte ve eşlik eden depresyon, anksiyete vs. gibi duygudurum bozukluklarıyla etkinliğinde artış olabilmektedir(47).

Ailesinde diyet yapan bir birey olup olmaması açısından yapılan değerlendirmede ise kız ve erkek deneklerin ailelerinde bu açıdan bir farklılaşma saptanamamıştır(Bkz. Tablo 13). Ancak ailesinde diyet yapan bir birey olan deneklerin olmayanlara göre yeme tutum ve davranışlarında daha fazla bozukluk gösterdikleri saptanmıştır(Bkz. Tablo 15).

Dùzenli aile yemekleri yani aileyle birlikte yenen yemekler, yeme bozukluğundan korumada, erkenden fark edilmesinde ve tedavide önemli role sahiptir. Ayrıca dùzenli aile yemekleri, aile içi sosyal etkileşimin ve yeme tutumlarının rol modeli olarak alınabilmesi için önemli bir fırsat sunmaktadır ve adolesanların beslenmelerine ve psiko-sosyal gelişimlerine olumlu katkıda bulunmaktadır(125). Buna göre araştırmada beslenme öğünlerini aileleriyle birlikte evde mi yoksa dışarıda mı yediklerini sorduğumuz denekler “evde, dışarıda ve hem evde hem dışarıda” cevapları vermişlerdir. Bu üç ayrı grup arasında anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır. Yani yeme tutum ve davranışlarında bozukluk gösterme açısından beslenme öğünlerinin yenme biçimi(evde, dışarıda, hem evde hem dışarıda) istatistiksel olarak bir fark yaratmamıştır. Bu veri daha önceki araştırmalarda belirtildiği gibi düzenli aile yemeklerinin yeme tutum ve davranışlarına olumlu etkisi olduğu hipotezini istatistiksel olarak desteklememektedir(Bkz. Tablo 16,17,18).

Araştırmadaki dikkat çekici sonuçlardan birisi, fast food yeme oranlarının yüksekliğidir. 1000 deneğin % 85,6'sı fast food yediğini belirtmiştir. Kız ve erkek denekler fast food yeme oranları açısından istatistiksel olarak farklılaşmamıştır(Bkz. Tablo 19). Fast food yiyen deneklerle yemeyen denekler arasında da yeme tutum ve davranışlarında bozukluk gösterme açısından istatistiksel bir fark saptanmamıştır(Bkz. Tablo 20). Aynı şekilde fast food yeme sıklık düzeyleri de (ayda bir-iki kez, ayda dört-beş kez, haftada en az bir kez) yeme tutum ve davranışlarında bozukluk gösterme açısından farklılaşmamaktadır(Bkz. Tablo 21).

Bu araştırmada fast food yeme oranlarına bakıldığı gibi, cips, abur cubur vs. yeme oranların da bakılmıştır. Kız deneklerin erkek deneklere oranla daha fazla cips, abur cubur vs. yedikleri bulunmuş(Bkz. Tablo 22) ancak cips, abur cubur vs. yiyen denekler yeme tutum ve davranışlarında bozukluğa sebep olma açısından yemeyen deneklerden farklılaşmamaktadır(Bkz. Tablo 23). Ancak bu sonuçlardan farklı olarak cips, abur cubur vs. yeme sıklık düzeyleri(ayda bir-iki kez, ayda dört-beş kez, haftada en az bir kez) arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Cips, abur cubur vs. yiyen deneklerden ayda bir-iki kez, ayda dört-beş kez yiyen gruplar, haftada en az bir kez yiyen gruptan daha fazla yeme tutum ve davranışlarında bozukluk göstermektedir(Bkz. Tablo 24). Genel bir kanı olarak fast food, cips, abur cubur vs. yemenin batılı kültürlerin etkisiyle hayatımıza girdiği ve geleneksel yemek kültürümüze de olumsuz etkileri olabileceği düşünülürse ve geleneksel yemek yeme özelliklerinin hasara uğraması da yeme tutum ve davranışına bozucu etki edecek bir faktör olması daha olasıdır. Fast food, cips, abur cubur vs. tek başına ve hızla tüketilebilmekte bu

açından da düzenli aile yemeklerini ve atmosferini gerektirmemektedir. Ancak araştırmamızda bu yönde bir veri bulunamamıştır.

Çalışmalar AN (bulimik semptomları olmayan hastalarda) ve kişilik özellikleriyle ilgili olarak içedönüklük, konformizm, mükemmeliyetçilik, katılık(zihni) ve obsesif-kompulsiflik ve toplumdan izole olmayı saymıştır(32). Bulimiya için bu durum biraz daha karışıktır. Araştırmalar, bulimik hastaların dışadönük, histrionik ve affektif olarak dengesiz olduklarını göstermelerine rağmen, anoreksik ve bulimiklerde yapılan çalışmalar da mükemmeliyetçilik, utangaçlık ve aşırı anlayış gibi özellikler bulmuştur(33). Bu bilgiler ışığında deneklerin arkadaş ilişkileri hakkındaki veriler incelenmiştir. Tüm denekler içinde, arkadaş ilişkilerini “iyi” bulan erkek denekler kız deneklerden ve arkadaş ilişkilerini “çok iyi” bulan kız denekler erkek deneklerden daha fazladır(Bkz. Tablo 25). Ek olarak arkadaş ilişkilerinin kalitesi açısından gruplar farklılaşmamaktadır(Bkz. Tablo 26). Yani AN’lerde ve BN’lerde görülen içedönüklük, utangaçlık, toplumdan izole olma, konformizm ve aşırı anlayışla bağlantılı olarak net bir sonuç elde edilememiştir.

Araştırmada kız deneklerin diyet yapan arkadaşlarının erkeklerle oranla fazla olduğu(Bkz. Tablo 27) ve bunu takiben grup halinde diyet yapma oranlarının da yine erkek deneklerden fazla olduğu görülmüştür(Bkz. Tablo 29). Deneklerden grup halinde diyet yapanların yeme tutum ve davranışında bozukluk gösterme oranı çok daha fazladır(Bkz. Tablo 30). Bu sonuçlar diyet ve sağlıklı kilo kontrol yöntemlerinden kız ergenlerin daha fazla etkilendiğini ve bu yöntemleri uygulamaya koyduğunu göstermektedir.

AN’li bireylerde görülen hastalık semptomlarından olan aşırı aktivite ve yoğun sosyal uğraşlar, kişinin bedenini arzu ve ihtiyaçlarından kaçışı için bir yoldur. Böylece kişi bedeniyle ilgili uyaranlara zihnini kapatabilir, yemek ve yemeğin getirdiği sıkıntı ve endişe duygusundan kurtulabilir. Bu amaçla deneklerin daha fazla enerji sahibi olmak, aktivite ve meşguliyet duygusunu arttırmak için içilen enerji içeceklerini ne sıklıkta içtikleri sorulmuştur.

Enerji içeceklerini erkek denekler kız deneklere göre çok daha fazla içmektedir(Bkz. Tablo 31). Enerji içeceği içen deneklerin yeme tutum ve davranışlarında içmeyenlere oranla daha fazla bozukluk gösterdiğine dair bir veri saptanmamıştır(Bkz. Tablo 32).

Bu araştırmanın üzerinde durduğu önemli konulardan biri olan kendine fiziksel zarar verme davranışında kız ve erkek denekler arasında bir farklılaşma bulunmamıştır(Bkz. Tablo 34) ancak kendine fiziksel zarar veren deneklerin yeme tutum ve davranışında daha fazla bozukluk gösterdiği saptanmıştır(Bkz. Tablo 35). Buna ek olarak bu davranışı haftada en az bir kez yapan grup da diğer gruplardan daha fazla bozukluk saptanmıştır(Bkz. Tablo 36). Claes ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmaya göre 185 yeme bozukluğu hastasının % 45'i bir veya birden fazla olarak kendine zarar verme davranışında bulunmuştur(98). Favaro ve Santonastaso, 1999 yılında, İtalya'da 175 bulimik hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların % 70 oranında kendine zarar verme davranışında (saç çekme, deri kesme ve yakma vb.) bulduklarını bildirmişlerdir(102). Literatüre uygun olarak bu çalışmada da beklendiği gibi yeme bozukluğu ve kendine fiziksel zarar verme davranışı arasında bir paralellik bulunmuştur. Özellikle bulimik hastaların impulsif davranışları ve bu impulsif davranışların altında yatan ilk nesne kaybından kaynaklanan iç gerilimin bir felaket duygusu gibi yaşanıp tolere edilememesi ve bu nedenle impulsif davranışlara yönelme, kendine fiziksel zarar verme ve intihar davranışının altında yatan mekanizmayı açıklamaktadır(71).

Araştırmada deneklere intihar düşüncesi, planı ve girişimiyle ilgili üç soru yöneltilmiştir: “Hiç intihar etmeyi isteyecek kadar kötü hissettiniz mi, hiç intiharı planladınız mı ve hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?” sorularına kız denekler erkek deneklere göre anlamlı derecede daha fazla oranda “evet” cevabı vermiştir(Bkz. Tablo 37, 39, 41). Ayrıca intiharı isteyecek kadar kötü hissetme, intiharı planlama ve intihar girişiminde bulunma sorularına evet cevabı verenlerin bu sorulara hayır cevabı verenlere göre istatistiksel olarak

anlamli derecede daha fazla yeme tutum ve davranislarinda bozukluk gosterdigi bulunmustr(Bkz. Tablo 38, 40, 42). Bu sonuclar literatürde geöen arastirma sonuölarıyla benzerlik gostermektedir(106,107,108,109,110).

AN için ölüm oranı yaklaşık olarak % 5.6 olarak bildirilmiştir ve yeme bozukluklarının etkileri sonrasında intihar, en yaygın ikinci ölüm nedenidir(105). Viesselman ve Roig, 95 yatan hastanın %46-60'ında intihar düşüncesi olduğunu ayrıca bu hastaların %20'sinin intihar girişiminde bulunup bu girişimlerin de %40'nın ciddi ölüm tehlikesi taşıdığını bildirmiştir(110). Crisp ve Callender, Anoreksiya Nervoza'lı hastaların intihar oranını yaptıkları çalışmalarda % 3-% 7 bulmuştur(108). İntihar bulimik hastalar arasında en sık gözlenen ölüm nedenidir(112). İntihar girişimleri Bulimiya Nervoza'lı kişilerde *purging(müşhille bağırsakları temizleme)* davranışının varlığıyla ilişkilidir(106,113) ve bu, depresyon, intihara yatkınlık ve anksiyeteyele bağlantılı bulunmuştur, yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan hastaların %80'ininde majör depresyon olduğu bulunmuştur(109), bu durum bulimik semptomların hafiflemesiyle çözülebilmştir(110).

Bu bilgiler ışığında bu araştırmada beklendiği gibi kendine fiziksel zarar verme, intiharı isteyecek kadar kötü hissetme, intiharı planlama ve intihar girişiminde bulunma davranışı yeme tutumlarında bozukluk gösterme sıklığı açısından anlamlılık gösteren bir değişken olarak bulunmuştur.

Öngörüldüğü gibi bu davranışların ortaya çıkmasını sağlayan mekanizmalar yeme bozuklukları gösteren hastalarda sıklıkla görülmektedir. Böylelikle bu potansiyeli yaratan duygusal durumun ifadesi kendini yeme davranışı boyutunda bu şekilde ortaya koyma yolunu bulmuştur.

Bu çalışmada kullanılan ölçek Yeme Tutumu Testi-40 (YTT-40), global olarak Yeme Bozuklukları varlığını saptamaya yardımcı olmuştur. Fakat Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza belirtilerini ayırıştırma açısından yeterli olmamıştır. Bu araştırmada yeme

bozuklukları açısından riskli ve beden algısı ve kişilik gelişimi açısından kritik yıllar olan 15-18 yaşlarındaki deneklerde Yeme Bozuklukları görülme riski, bu durumun sosyo-demografik özellikler, yeme düzenleri, diyet alışkanlıkları, kendine fiziksel zarar verme, intiharı isteme, planlama ve intihar girişiminde bulunmayla olan ilişkileri ortaya konmuştur.

Ülkemizde, Yeme Bozuklukları sıklığını ve yaygınlığını araştıran; Anoreksiya ve Bulimiya Nervoza belirtilerini ayırtıran testlerin ve ölçeklerin geliştirilmesine ve bunlar kullanılarak yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, yeme bozukluklarının 15-18 yaş arasındaki ergenlerde görülme sıklığının araştırılmasıdır. Bunun yanında yeme bozukluklarıyla bağlantılı olduğu düşünülen çeşitli demografik özellikler, kendine zarar verme ve intihar davranışı gibi değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Çalışmanın örneklemini, 2005 yılında İstanbul Ortaöğretim kurumlarında(Eyüp Lisesi, Fenerbahçe Lisesi ve Saint Benoit Lisesi) eğitim gören 15-18 yaş arasındaki 1000 öğrenciden oluşmaktadır.

Çalışma ergenlerin yeme tutumu özelliklerinin araştırılması için Yeme Tutumu Testi(YTT-40) ve bağlantılı olduğu düşünülen özellikleri sorgulayan 32 maddelik bir soru formu kullanılmıştır. Örneklemdaki her öğrencinin YTT-40 testi değerlendirilmiş, 30 ve üstünde puan alan 70 öğrencide yeme tutumlarında bozukluk saptanmıştır. Yeme tutumları açısından normal ve normal olmayan gruplar arasındaki özellikler Ki-kare, Anova ve Student analiz yöntemleri kullanılarak incelenmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre, yeme tutumlarında bozukluk gösteren ergenlerin oranı % 7 olarak bulunmuştur. Kız öğrencilerde bu oran % 10,2 iken erkeklerde % 3,8'dir. Yeme tutumlarında bozukluk olan ergenlerin kendine zarar verme davranışı gösterme oranı % 11,4 iken intiharı isteme oranı % 10,8, intiharı planlama oranı % 13,8 ve intihar girişiminde bulunma oranı ise % 17,6 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca kendine zarar verme davranışı açısından kız ve erkek öğrenciler farklılaşmazken intiharla ilgili tüm değişkenlerde kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha fazla orana sahip olarak bulunmuşlardır.

Bu sonuçlar açısından yeme tutumlarında bozukluk gösteren ergenlerin, kendine zarar verme ve intihara yatkınlık açısından bozukluk göstermeyen ergenlere göre daha fazla risk altında olduğu düşünülebilir. Ülkemizde Yeme Bozukluklarının sıklığı, yaygınlığı ve ilişkili olduğu diğer özelliklerle ilgili daha fazla sayıda çalışma yapılması gerekmektedir.

ABSTRACT

The main purpose of this study is to investigate the frequency of eating disorders within the adolescents between the ages of 15- 18 . The present study, in addition, aims to reveal a correlational relationship between eating disorders, socio-demographical characteristics, self-harming behaviors and suicidal tendencies.

The sample consists of 1000 students between the ages of 15 – 18, who had studied in high-schools of Eyüp, Fenerbahçe and Saint-Benoit in 2005.

The “Eating Attitude Test” (EAT-40) , with 32 questions, is administered in order to study the eating behavior of the adolescents for inquiring characteristics that are related to eating behavior . The results of the sampling for the questionnaire EAT- 40 are evaluated and those having 30 points and more are defined to have an eating disorder. The groups with normal eating behavior and those with eating disorder are analyzed with Chi-square, Annova and Student-T Analysis.

The ratio of the adolescents having eating disorder is found to be 7 %. The ratio is found to be 10,2 % for the girls and 3,8 % for the boys. The ones with eating disorder are found to have a ratio of 11,4 % of self-damage tendencies, 10,8 % of suicide tendencies, 13,8 % planning a suicide and 17,6 % having a suicidal attempt. No sex differences are found for the self-damage ratio but for all of the other variants for the suicide the ratio for the girls are found to be higher than the boys.

In conclusion, adolescents having an eating disorder are found to have higher tendencies for self-damaging and for suicidal attempts than adolescents without any eating disorder.

In Turkey, further studies should be conducted for the frequencies, spreading and for the other correlations of eating disorders.

KAYNAKLAR

- [1] Fairburn, C. G., Walsh, B. T. (2002). Atypical eating disorders. In: Fairburn, C. G., Brownell, K. D. Editors. Eating disorders and obesity: a comprehensive textbook. New York: Guild Press., 171- 177.
- [2] Güleç, C., Köroğlu, E., (1998). Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. Cilt 2., 661.
- [3](1994); Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed.: American Psychiatric Association. Washington (DC), 154.
- [4] Klein, D. A., Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior.*, 81: 359-374.
- [5] Carlat, D. J., Camargo, C. A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry.*, 148: 831-843.
- [6] Crago, M., Shisslak, C. M., Estes, L. S. (1996). Eating disturbance among American minority groups: a review. *Int. J. Eat Disorders.*, 19: 239-248.
- [7] Lucas, A. R. (1993). Has the incidence of anorexia nervosa increased since the 1930's? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 5 (6): 260-263.
- [8] Subaşı, N., Yıldız, A. N., Özenay, A., Taşerimez, B., Karagüzel, E., Özel, G., Sevgili, M., Yaşar, Ş. & Öztekin, Z. (2001). Ankara'da bir lisede 1.sınıf öğrencilerinde yeme bozukluğu taraması sonuçları. www.dicle.edu.tr/~halks/m8.4.htm, 24 Nisan 2005.

[9] Altuğ, A., Elal, G., Slade, P. & Tekcan, A. (2000). The eating attitudes test (EAT) in turkish university student: relationship with sociodemographic, social and individual variables. *Eat Weight Disord.*, 5 (3): 152-60.

[10] Vandereycken, W., Hoek, H. (1992). Are eating disorders culture-bound syndromes? Halmi K (ed) *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Washington. American Psychiatric Pres. 19-36.

[11] Cathebras, P., Fayard, L., Rousset, H. (1991). L'anorexie mentale est-elle un désordre culturel? *La revue de médecine interne.*,12: 104-110.

[12] Steinhausen H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am. J. Psychiatry.*, 159: 1284-1293.

[13] Favaro, A., Santonastaso, P. (1999). Different types of self-injuries behavior in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry.*, 40 (1): 57-60.

[14] Özdel, O., Ateşçi, F., Oğuzhanoğlu, N. (2003). Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi.*, 14 (2): 153-159.

[15] Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The enigma of anorexia nervosa*. Harvard University Pres. Cambridge M. A.

[16] Cinemre, B. (1999). Yeme bozuklukları: Epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. *Yeme Bozuklukları. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.*, 4 (2): 137-154.

- [17] Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia Nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine.*, 21: 455-460.
- [18] Carlat, D. J., Camargo, C. A., Herzog, D. B. (1997) Eating disorders in males: A report on 135 Patients. *Am J Psychiatry*, 154: 1127-1132.
- [19] Steiger, H. (1989). Anorexia nervosa and bulimia in males: Lessons from a low-risk population. *Can J Psychiatry.*, 34: 419-424.
- [20] Margo, J. L. (1987). Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients. *Br J Psychiatry.*, 151: 80-83.
- [21] Olivardia, R., Harrison, G. P., Mangweth, B. & Hudson, J. I. (1995). Eating disorders in college men. *Am J Psychiatry.*, 152: 1279-1285.
- [22] Hamli, K. A., Sunday, S. R., Stober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fitcher, M., Treasure, J., Berrettini, W. H. & Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behavior. *American Journal Psychiatry.*, 157: 1799- 1805.
- [23] Pope, H. G., Champoux, R. F. & Hudson, J. I. (1987). Eating disorder and socioeconomic class: Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *Journal of Nervous and Mental Disorders.*, 175: 620-623.
- [24] Rogers, L., Resnick, M. D., Mitchell, J. E. et al. (1997). The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders.*, 22: 15-23.

- [25] Kriike, N., Nagata, T., Sirata, K. (1988). Are young women in at high risk for eating disorders?", *Psychiatry and clinical neuroscience.*, 52: 179-281.
- [26] Langer, L. M., Warheit, G. J., Zimmerman, R. S. (1991). Epidemiological study of problem eating behaviors and related attitudes in the general population. *Addict Behav.*, 16: 167-173.
- [27] VanThorre, M. D., Vogel, F. X. (1985). The presence of bulimia in high school females. *Adolescence.*, 20: 45-51.
- [28] Szabo, C. P., Hollands, C. (1997). Abnormal eating attitudes in secondary-school girls in South Africa: a preliminary study. *S Afr Med.*, 87: 524-530.
- [29] Pemberton, A. R., Vernon, S. W., Lee, E. S. (1996). Prevalence and correlates of bulimia nervosa and bulimic behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in a two universities in Southeast Texas. *Am J Epidemiol.*, 144: 450-455.
- [30] Akan, G. E., Grilo, G. M. (1995). Sociocultural influences on eating attitudes and behaviors, body image and psychological functioning: a comparison of African-American, Asian-American and Caucasian college women. *Int J Eat Disord.*, 18: 181-187.
- [31] Soomro, G. M., Crisp, A. H., Lynch, D. (1995). Anorexia nervosa in "non-white" populations. *Br J Psychiatry.*, 167: 385-389.
- [32] Tressure, J. I., Holland, J. (1991). Genes and etiology of eating disorders. Edited by McGuffin P., Murray R.M., Woburn, Mass Butterworth-Heinemann. *The New Genetics of Mental Illness.*, 198-221.

- [33] Nowlin, N. S. (1983). Anorexia nervosa in twins: case report and review. *Journal of Clinical Psychiatry.*, 44: 101-105.
- [34] Holland, A. J., Sicotte, N., Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa. Evidence for a genetic basis. *Journal Psychosom Res.*, 32: 561-571.
- [35] Fichter, M. M., Noegel, R.(1990). Concordance for bulimia nervosa in twins. *Int. J. Eat Disord.*, 9: 255-263.
- [36] 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.
- [37] Theader, S. (1970). A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 214: 1-194.
- [38] Strober, M., Lambert, C., Morrell, W., Burroughs, J., Jacobs, C.(1990). A controled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eat Disord.*, 9: 239-253.
- [39] Fairburn, C. G., Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. Hawton, K., Salkovskis, P. M., Clark, D. M. (ed): *Cognitive Behavior therapy for psychiatric problems*'da. Oxford University Press., 277-314.
- [40] Maner, F. (1997). Yeme bozukluklarında kognitif davranışçı tedavi. Kırpınar, I. (ed): *Anadolu psikiyatri günleri bilimsel çalışmalar kitabı*'nda. Psikiyatri Derneği Erzurum Şubesi Yayınları-1, Birinci Baskı., 175-186.
- [41] Obeholzer, M. (1930). Aus der analyse dreizehnjaehrigen Maedchens. *Schweiz. Arch Neurol Psychiat.*, 26: 287-292.

- [42] Waller, J. V., Kaufman, R. M. (1940). Anorexia nervosa: a psychomatic entity. *Psychosom Med.*, 2: 3-16.
- [43] Bruch, H. (1982). Psychotherapy in anorexia nervosa. *Int J Eat Disorders.*, 1(4): 3-14.
- [44] Harvil, R. (1984). Bulimia Treatment with systematic rational restructuring, response prevention, and cognitive medeling. *Journal of Counseling and Development*, 63: 260-261.
- [45] Hendrick, S. S. (1984). The school counselor and anorexia nervosa. *The School Counselor*, 31, 428-432.
- [46] Bemporad, J. R., Ratey, J. (1985). Intensive psychotherapy of former anorexic individuals. *Am J Psychother.*, 39: 454-456.
- [47] Hamli, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnose in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.*, 48: 712-718.
- [48] Herzog, D. B.(1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 810.
- [49] Goldman, H. H. (1995). *Review of General Psychiatry*, 4th Eds. Prentice-Hall International, Inc.USA.
- [50] Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restrivting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52: 156-170.
- [51] Kınık, E. (1997). “Ergen hekimliğinde yeme bozuklukları”. *Ergenlik döneminde beslenme ve yeme bozuklukları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.*, 1: 22-30.

[52] Russell G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med.*, 9: 429-448.

[53] Agras, W. S. (1987). *Eating Disorders : Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. Elmsford, NY: Pergamon.

[54] Garfinkel, P. E. (1989). *Eating disorders*. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (ed):

Comprehensive testbook of psychiatry'de., 2(22): 1361-1371.

[55] Fairburn, C. G., Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.*, 147:401.

[56] Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A. S. & Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry.*, 152: 1052-1058.

[57] Halmi, K. A. (1992). *Psychological and treatment of anorexia and bulimia nervosa*. American Psychopathological Association Series. Washington DC, Birinci Baskı.

[58] Brownell, K. D. & Fairburn, C. G. (1995). *Eating disorders and obesity*. A Comprehensive Handbook. The Guildford Press, New York.

[59] Carlat, D. J. , Camargo, C. A., Herzog, D. B. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry*, 148: 831-843.

[60] Louge, C. M., Crowe, R. R., Bean, J. A.(1989). A family study of anorexia and bulimia. *Compr Psychiatry.*, 30:179-180.

[61] Kasset, J. A, Gershon E. S., Maxwell, M. E., Guroff, J. J., Kazuba, D. M., Smith, A. L., Brandt, H. A., Jimerson, D. C.(1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.*, 146: 1486-1471.

[62] Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., Yurgelun-Todd, D. & Frankenburg, F. R. (1987). A controlled family study of bulimia. *Psychol Med.*, 17: 883-890.

[63] Lilenfeld, L. R., Kaye, H. K., Strober, M. (1997). Genetics and family studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Bail-lière's Clinical Psychiatry: Eating Disorders.*, 3:177-197.

[64] Garfinkel. P. E., Moldofsky, H., Garner, D. M. (1980). The heterogenety of anorexia nervosa: Bulimia as a distinc subgroup. *Arch Gen Psychiatry.*, 37: 1036-1040.

[65] Hall, A., Slim, E., (1984). Anorexia nervosa: Long-term outcome in 50 patients. *Br J Psychiatry.*, 145: 407-413.

[66] Mintz, I. I.(1988) "Self-destructive behavior in anorexia nervosa and bulimia", Schwartz H. J., Madison, C. T. (ed.) *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory*, içinde. Universities Press.

[67] Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. (1989). *La faim et le corps*. 4. Basım'da. PUF.

[68] Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition*, Cilt 7.

Almancadan İngilizceye Çeviren: Strachey, J. (1964). London: Hogarth Press Ltd.

- [69] Couvreur, C., Vindreau, C., Wulff, M., Mc Dougall, J., Brusset, B., Jeammet, P. & Fine, A. (1997). La Boulimie. Monographies de Rev Fr Psychanalyse. 2130445004.
- [70] Parman, T. (1999). "Bulimik: Boşa dönen makine", Yeme Bozuklukları. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları., 137-154.
- [71] Mc Dougall, J. (1997). Entretien sur la boulimie. (Alain Fine). Monographies de Rev Fr Psychanalyse. La Boulimie., 143-151.
- [72] Brewerton, T. D., Lydiard, R. B. Herzog, D. B. et all. (1995). Comorbidity of axis 1 psychiatric disorders in bulimia nervosa. J Clinic Psychiatry., 56: 77-80.
- [73] Andersen, A. E., Holman, J. E. (1997) Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. Psychopharmacol Bull, 33: 391-397.
- [74] Srinivasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnivic, K. H., Greeno, C., Weltzin, T. E., Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. Am J Psychiatry., 152: 1630-4.
- [75] Cloninger, C. G, Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., Wetzell, R. D. (1994). The temperament and character inventory(TCI): a guide to its development and use. St. Louis (MO), center for psychobiology of personality. St. Louis, MO: Washington
- [76] Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. Cogn Ther Res., 14: 449-68.

[77] Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L. & Hill, C. L. (1989). The yale-brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.*, 46: 1006-11.

[78] Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. (1989). The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.*, 46: 1012-6.

[79] Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L. Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *J Personal Disord.*, 14: 352-9.

[80] Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S., Rovera, G.G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory. *Int J Eat Disord.*, 32: 412-25.

[81] Kleifield, E. I., Sunday, S., Hurt, S., Halmi, K. A. (1994). The tridimensional personality questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *J Psychiatr Res.*, 28: 413-23.

[82] Brewerton, T. D., Hand, L.D., Bishop, E. R. J. (1993). The tridimensional personality questionnaire in eating disorder patients. *Int J Eat Disord.*, 14: 213-8.

[83] Pryor, T., Wiederman, M. W. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *J Pers Assess.*, 67: 414-21.

[84] Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Joyce, P. R., Carter, F. A. (1995). Temperament, character, and personality disorder in bulimia nervosa. *J Nerv. Ment. Dis.*, 183: 593-8.

- [85] Stein, D., Kaye, W. H., Matsunaga, H., Orbach, I., Har-Even, D. & Frank, G. (2002). Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study. *Int J Eat Disord.* 32: 225-9.
- [86] Kristin, M., Ranson, V., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Rao, R. & Matsunaga, H.(1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American psychiatry*;156:1703-8.
- [87] Canat, S. (1992). Kendine zarar verme davranışı(self mutilasyon). *Klinik Psikiyatri Dergisi.*, 2(1): 46-48.
- [88] Pattison, E. M., Kahna, J.(1983). The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry.*, 140: 867-872.
- [89] Herpertz, S. (1995). Self injuries behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand.*, 91: 57-68.
- [90] Simeon, D., Stein, D.J., Hollander, E. (1995). Depersonalization disorder and self-injurious behavior. *J Clin Psychiatry.*, 55: 36-40.
- [91] Pies, R. W. & Popli, A. P. (1995). Self-injurious behavior: pathophysiology and implications for treatment. *J Clin Psychiatry.*, 56: 580-588.
- [92] Briere, J., Gill, E. (1998). Self mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry.*, 68(4): 609-620.

[93] Darche, M. A.(1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital.*, 21: 31-35.

[94] Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence. (2001). Impulse control disorders. http://www.findarticles.com/p/articles/mi_g2602/is_0003/ai_2602000316. 20 Aralık 2005.

[95] Kemperman, L., Russ, M. J., Clark, W. C., Tatsuyuk, K., Zanine, E. & Harrison, K. (1997). Pain assesment in self injurious patient with borderline personality disorder using signal detection theory. *Psychiatry Research.*, 70: 175-183.

[96] Suyemato, K. L. (1998). The functions of self-mutilations. *Clinical Psychology Review.*, 18 (5): 31-554.

[97] Favazza, A. R., De Rosear, L. & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life Threatening Behaviours.*, 19: 352-361.

[98] Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2005). Pain experience related to self-injury in eating disorder patients.

[99] Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N. & Iketani, T. (2000). Multi-impulsivity of japanese patients with eating disorders: rprimary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research.*, 94: 239-250.

[100] Keel, P. K. & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.*, 154: 313-321.

[101] Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Herbison, G. P., Mullen, P. E. (1987).

Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry.*, 152: 1336-1342.

[102] Favaro, A., Santonastaso, P. (1998). Impulsive ve compulsive self-injuries behaviour in

bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *J Nerv Ment Dis.*, 186: 157-165.

[103] Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T. (1998). Psychiatric illness in a New

Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *New Zealand Medical*

Journal., 111: 44-48.

[104] Warshaw, M. G., Massion, A. O., Peterson, L. G., Pratt, L. A., Keller, M. B. (1995).

Suicidal behavior in patients with panic disorder: retrospective and prospective data. *Journal of Affective Disorders.*, 34(3): 235-247.

[105] Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry.*,

152: 1073-4.

[106] Favaro, A., Santonastaso, P. (1997). Suicidality in eating disorders: clinical and

psychological correlates. *Acta Psychiatr Scand.*, 95: 508-514.

[107] Patton, G. C., (1988). Mortality in eating disorders. *Psychol Med.* 18: 947-951.

[108] Crisp, A. H., Callender, J. S., Halek, C., Hsu, L.K.G. (1992). Long-term mortality in

anorexia nervosa: a 20-year follow-up of st george's and aberdeen cohorts. *Br J Psychiatry.*,

161: 104-7.

- [109] Viesselman, J.O., Roig, M. (1985). Depression and suicidality in eating disorders. *J Clin Psychiatry.*, 46: 118-24.
- [110] Lehoux, P. M., Steiger, H., Jabalpurlawa, S. (2000). State/trait distinction in bulimic syndromes. *Internaional Journal of Eating Disorders.*, 27(1):36-42.
- [111] Morgan, H. G., Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med.*, 5: 355-371.
- [112] Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.*, 56: 63-69.
- [113] Mitchell, J. E., Boutacoff, L. I., Hatsukami, D., Pyle, R. L., Eckert, E. D. (1986). Laxative abuse as a variant of bulimia. *J Nerv Ment Dis.*, 174: 174-176.
- [114] Wonderlich, S. A., Swift, W. J. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: clinical description. *Int J Eat Disord.*, 9:629-638.
- [115] Youssef, G., Plancherel, B., Laget, J., Corcos, M., Flament, M. F. & Halfon, O. (2004). Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry.*, 19: 131-139.

- [116] Leon, G. R., Finn, S. (1984). Sex-role stereotypes and the development of eating disorders. Widom, C.(ed): Sex roles and psycpathology'de. New York and London. Plenum Press., 317-337.
- [117] Edwards, G. (1987). Anorexia and the family. Lawrence, M.(ed): Fed up and hungry:women, oppression and food'da. London. Women's Press Limited.
- [118] Esplen, M. J., Garfinkel, P. E. (1998). Guided imagery treatment to promote self soothing in bulimia nervosa. Journal of Psychotherapy Practice and Research., 7: 102:118.
- [119] Johnson, C., Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. Am J Psychiatry., 140: 1321-1324.
- [120] Humprey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of behavior. J of Consultin and Clinical Psychology., 57: 206-214.
- [121] Scwartz, R. (1987). Families and eating disorders. Journal of Psychoterapy and Family., 3(3): 85-103.
- [122] Rupp, L. G., Jurkovic, G. J. (1996). Familial and individual perspective taking process in adolescent females with bulimic symptomatology. Am J Family Therapy., 24(1): 75-82.

[123] Story, M., Fernch, S., Resnick, M., Blum, R. W. (1995). Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behavior and body image perceptions in adolescent and adults. *Int J Eat Disord.*, 18:173-179.

[124] Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., et al.(2002). Weight related concerns and behaviors among overweight and non-overweight adolescent:implications for preventing weight related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 156:171-178.

[125] Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., Perry, C. L.(2003). Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescent:implications for prevention programs. *Health Psychol.*, 22: 88-98.

[126] Miller, D. A. F., McCluskey-Fawcett, K., Irving, L. M. (1993). Corralates of bulimia nervosa: early family mealtime experiences. *Adolescence.*, 28: 621-635.

[127] Savaşır, I., Erol N. (1989). Yeme tutum testi: anoreksiya nervosa indeksi. *Psikoloji Dergisi.*, 7(23): 19-25.

[128] Garner, D. M., Garfinkeel, P. E. (1979). The eating attitudes: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine.*, 10: 647-656.

[129] Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine.*, 12: 871-878.

EKLER

EK 1

YEME TUTUMU TESTİ (YTT-40)

YEME TUTUMU TESTİ (EAT-40)
(YTT-40)

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

a. Daima b. Çok sık c. Sık sık d. Bazen e. Nadiren f. Hiçbir zaman

a b c d e f

- | | |
|-------------|--|
| 0 0 0 0 0 0 | 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 2. Başkaları için yemek pişiririm ama pişirdiğim yemeyi yemem. |
| 0 0 0 0 0 0 | 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum. |
| 0 0 0 0 0 0 | 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar. |
| 0 0 0 0 0 0 | 5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 6. Aklım fikrim yemektedir. |
| 0 0 0 0 0 0 | 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur. |
| 0 0 0 0 0 0 | 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim. |
| 0 0 0 0 0 0 | 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim. |
| 0 0 0 0 0 0 | 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim. |
| 0 0 0 0 0 0 | 12. Ailem fazla yememi bekler. |
| 0 0 0 0 0 0 | 13. Yemek yedikten sonra kusarım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır. |
| 0 0 0 0 0 0 | 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 17. Günde birkaç kere tartılırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 19. Et yemekten hoşlanırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 20. Sabahları erken uyanırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 21. Günlerce aynı yemeği yerim. |
| 0 0 0 0 0 0 | 22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 23. Adetlerim düzenlidir. |
| 0 0 0 0 0 0 | 24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür. |
| 0 0 0 0 0 0 | 25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder. |
| 0 0 0 0 0 0 | 26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer. |
| 0 0 0 0 0 0 | 27. Lokantada yemek yemeyi severim. |
| 0 0 0 0 0 0 | 28. Müshil kullanırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim. |
| 0 0 0 0 0 0 | 31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm. |
| 0 0 0 0 0 0 | 32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim. |
| 0 0 0 0 0 0 | 33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim. |
| 0 0 0 0 0 0 | 34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır. |
| 0 0 0 0 0 0 | 35. Kabızlıktan yakınırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum. |
| 0 0 0 0 0 0 | 37. Perhiz yaparım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 38. Midemin boş olmasından hoşlanırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım. |
| 0 0 0 0 0 0 | 40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir. |

EK 2

DEMOGRAFİK SORU FORMU

DEMOGRAFİK SORU FORMU

1- Yaşınız:.....

2- Cinsiyetiniz:

- Erkek
 Kız

3- Sınıfınız:

- Lise 1
 Lise 2
 Lise 3

4- Daha önce hiç sınıfta kaldınız mı?

- Evet
 Hayır

Evet ise kaçınıcı sınıfta kaldınız?

5- Lise not ortalamanızı yaklaşık olarak belirtiniz.

- 0-44
 45-54
 55-69
 70-84
 85-100

6- Anne-babanızın durumu:

- İkisi de sağ, birlikte
 İkisi de sağ, ayrı
 Sadece anne sağ
 Sadece baba sağ

7- Annenizin eğitim durumu:

- Hiç okula gitmemiş
 Okur-yazar
 İlköğretim
 Ortaöğretim
 Yüksekokul

8- Babanızın eğitim durumu:

- Hiç okula gitmemiş
 Okur-yazar
 İlköğretim
 Ortaöğretim
 Yüksekokul

9- Kaç kardeşiniz?(Lütfen yaşlarını da belirtiniz).....

10- Ailenizin (Anne-baba ve kardeşler) aylık gelir durumu nasıldır?

- 0 – 500 milyon(500 YTL)
 500 milyon(500 YTL) – 1 milyar(1.000 YTL)
 1 milyar(1.000 YTL) – 2 milyar(2.000 YTL)
 2 milyar(2.000 YTL) ve üstü

11- Ailenizde kronik ya da ağır hastalığı olan biri var mı?

- Evet
 Hayır(13. soruya geçiniz)

Evet ise,

12- Hastalığı nedir?.....

13- Ailenizde diyet yapan biri var mı?

- Evet
- Hayır

Evet ise kim olduğunu belirtiniz:.....

14- Öğünlerinizi ailenizle birlikte mi yoksa dışarıda mı yersiniz?

Kahvaltı:

- Evde
- Dışarıda

Öğle yemeği:

- Evde
- Dışarıda

Akşam yemeği:

- Evde
- Dışarıda

15- Fast food yer misiniz?

- Evet
- Hayır (17. soruya geçiniz)

Evet ise,

16- Ne sıklıkta fast food yersiniz?

- Ayda bir iki kez
- Ayda dört beş kez
- Haftada en az bir kez

17- Cips, çikolata, abur cubur vs. yer misiniz?

- Evet
- Hayır (19. soruya geçiniz)

Evet ise,

18- Ne sıklıkta cips, çikolata vs. yersiniz?

- Ayda bir iki kez
- Ayda dört beş kez
- Haftada en az bir kez

19- Arkadaşlarınızla ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- Yetersiz
- İyi
- Çok iyi

20- Arkadaşlarınız ile beraberken ne tür etkinlikler yaparsınız?

- Sinema
- Gezinti
- Sohbet
- Ders çalışma

21- Diyet yapan arkadaşlarınız var mı?

- Evet
- Hayır

22- Grup halinde diyet yapar mısınız?

- Evet
- Hayır

23- Yoğun aktivite gerektiren uğraşlarınız var mı?

- Spor/ Egzersiz
- Dans
- Okul/Eğitim
-

24- Enerji ieeği içer misiniz?

- Evet
 Hayır (26. soruya geçiniz)

Evet ise,

25- Ne sıklıkta enerji ieeği içersiniz?

- Ayda bir iki kez
 Ayda dört beş kez
 Haftada en az bir kez

26- Hiç kendinize fiziksel zarar(Tırnak yeme, sa çekme-koparma, deri kesme-yakma vb.) verdiniz mi?

- Evet
 Hayır(28. soruya geçiniz)

Evet ise,

27- Ne sıklıkta kendinize zarar verirsiniz?

- Ayda bir iki kez
 Ayda dört beş kez
 Haftada en az bir kez

28- Hiç hayatınıza son vermeyi (intiharı) isteyecek kadar kendinizi kötü hissettiğiniz oldu mu?

- Evet
 Hayır

29- Hiç intihar etmeyi planladınız mı?

- Evet
 Hayır

30- Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

- Evet
 Hayır

Evet ise,

31- Kaç kez intihar girişiminde bulundunuz?.....

32- İlk ve son intihar girişimlerinizin ne zaman oldu?.....

ÖZGEÇMİŞ

Engin Eker 04.11.1980 tarihinde İstanbul’da doğdu. İlköğretimini Lüleburgaz Emrullah Efendi İlkokulunda, ortaöğretimini Lüleburgaz Anadolu Lisesinde tamamladı. 1999 yılında İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümüne girdi. 2001-2003 yılları arasında Gelişim Anabilim Dalı’nın yürüttüğü “Çocukların Doğumlarından İtibaren 15 ay boyunca Genel Gelişimlerinin İncelenmesi: Boylamsal Bir Çalışma” adlı projede uygulamalarda aktif görev ve genel sorumluluk aldı. 2002 Ağustos ve Eylül aylarında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 1 aylık, 2002 Eylül ve Ekim aylarında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda yine 1 aylık ve Kasım 2002-Ocak 2003 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi ÇAPA Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda 2 aylık staj yaptı. 17 Mart 2003’te İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Gelişim Anabilim Dalı tarafından düzenlenen 5. Çocuk Gelişimi Halk Seminerlerinde “Ergenlikte Kişilik Gelişimi” konusunda sunum yaptı. Haziran 2003 ‘te İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünden mezun oldu. Aynı yıl Adli Tıp Enstitüsü’nde Sosyal Bilimler Anabilim Dalında master programına başladı. Ekim 2003’ten Ocak 2006’ya kadar Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı’nda yeme bozukluklarıyla ilgili araştırma ve çalışmalarını sürdürdü. 2004 Kasım ayından itibaren Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesinde psikolog olarak görev almaktadır.