



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YEME BOZUKLUĞU RİSK GRUBUNDA
MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE SEMPTOM
DÜZEYİ İLİŞKİSİNDE RUMİNASYON VE
BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİNİN
ARACI ROLÜ: BİR EKOLOJİK ANLIK
DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI**

DİLA ÖZÇELİK

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYNUR FEYZİOĞLU**

**İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. EJDER AKGÜN YILDIRIM**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI**

**DOKTORA TEZİ
KASIM/2024**

İTHAF

Varoluşuna anlam katmaya çabalayan tüm kadınlara...

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin ilk anından itibaren tüm aşamalarımda engin bilgi ve deneyimi ile bana rehberlik eden ve akademik gelişimim için her zaman paha biçilmez katkılar sunan birinci tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu'na,

Kendisini tanıdığım ilk günden itibaren her cümlesinden bir öğreti edinebildiğim, hem akademik hem mesleki anlamda sonsuz desteğini hissettiğim, psikoterapist kimliğimdeki tüm becerilerimin yapı taşlarını kendisine borçlu olduğum, mesleki idolüm, ikinci tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım'a,

Tez çalışmamın öneri sürecinden itibaren kıymetli geri bildirimlerini paylaşan ve değerli yönlendirmeleri ile tezimin ulaştığı noktaya gelmesine destek olmuş olan değerli tez izleme jürilerim Sayın Prof. Engin Emrem Beştepe ve Sayın Dr. Tubanur Bayram Kuzgun'a,

Doktora eğitimime başladığım ilk günden beri her anımda yanımda olan, beni en sevgili halleriyle sarıp sarmalayan, en korkusuz halleriyle cesaretlendiren, en destekçi halleriyle tüm bilgi birikimlerini benimle paylaşan, her birine apayrı hayran olduğum kıymetli arkadaşlarım Aliye Canan Taşlıoğlu Sayiner, Feray Tarımtay Altun ve Nazlı Işık Birçek Gül'e,

Bana hayattaki her şeye merak ile bakmayı, cesaretle uçmayı, güçlü olmak ile düşmenin el ele olduğunu öğreten, desteğini hissetmediğim tek bir anın dahi olmadığı dünyalar kıymetlisi annem Berna Özçelik'e ve kanatlarımın mimarı olan, sabrın, çalışmanın ve disiplinin bir insanı ne kadar yüksellere çıkarabileceğini bana en yakından gösteren-öğreten, her anımda dünyalar güzeli gözlerinin içi gülere bana bakan dünyalar kıymetlisi babam Hayrettin Özçelik'e,

Aynı ruhu paylaştığım, koşulsuz sevgisini bir an olsun bana hissettirmekten yorulmayan, insanlığına hayran olduğum, bana hayatta hiçbir zaman tek başıma olmadığımı-olmayacağımı hissettiren canım kardeşim, en kıymetlim Egemen Özçelik'e,

Eşsiz sevgisiyle dünyama bambaşka bir anlam katan, varlığıyla güç bulduğum canım kedim, oğlum Simba'ya,

... sonsuz teşekkürlerimle.

Dila Özçelik

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. YEME BOZUKLUKLARI.....	3
2.1.1. Anoreksiya Nervoza	3
2.1.1.1. Epidemiyoloji	3
2.1.1.2. Tarihçe, tanı ölçütleri ve klinik görünüm	4
2.1.1.3. Tedavi ve prognoz	6
2.1.2. Bulimiya Nervoza	7
2.1.2.1. Epidemiyoloji.	7
2.1.2.2. Tarihçe, tanı ölçütleri ve klinik görünüm.	7
2.1.1.3. Tedavi ve prognoz	9
2.2. YEME BOZUKLUKLARININ (ANOREKSİYA NERVOZA VE BULİMİYA NERVOZA) ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	10
2.2.1. Etiyolojik Ffaktörler	11
2.2.1.1. Biyolojik faktörler.	11
2.2.1.2. Psikolojik faktörler	12
2.2.1.3. Sosyokültürel Faktörler	14
2.2.2. Yeme Bozukluğu Premorbid Risk Faktörleri	15
2.3. PSİKOBİYOLOJİK KİŞİLİK KURAMI	16
2.3.1. Mizaç ve Karakter.....	17
2.3.1.1. Mizaç Boyutları.	17
2.3.2. Mizaç ve Yeme Bozukluğu İlişkisi.....	19
2.4. RUMİNASYON	20
2.4.1. Ruminasyon ile Mizaç İlişkisi	21
2.5. BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ.....	21
2.6. BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ, RUMİNASYON VE MİZAÇ İLİŞKİSİ	22

2.6.1. Yeme Bozuklukları Riskli Gruplarda Mizaç Tipleri, Ruminasyon ve Beden Memnuniyetsizliğinin Ölçümü	23
2.6.1.1. Nörogörüntüleme çalışmaları	24
2.6.1.2. Özbildirim ölçekleri	24
2.6.1.3. Ekolojik anlık değerlendirme	26
2.7. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. BİRİNCİ AŞAMA	30
3.1.1. Örneklem Yöntemi	30
3.1.2. Özbildirim Ölçekleri	31
3.1.2.1. REZZY yeme bozuklukları ölçeği (SCOFF)	31
3.1.2.2. Mizaç ve karakter envanteri	31
3.1.2.3. Ruminatif tepkiler ölçeği kısa formu	32
3.1.2.4. Beden memnuniyeti ölçeği	33
3.1.2.6. Yeme bozukluğunu değerlendirme ölçeği	33
3.1.2.6. Beck depresyon ölçeği	33
3.2.1. Örneklem Yöntemi	34
3.2.2. Ekolojik Anlık Değerlendirme Ölçümleri	35
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ YÖNTEMLERİ	37
4. BULGULAR	38
4.1. BİRİNCİ AŞAMA	38
4.1.1. Katılımcılar	38
4.1.2. Ölçeklerin Betimsel Analizleri	39
4.1.3. Sağlıklı ve Riskli Grubun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması	40
4.1.3.1. Grupların demografik belirleyicilerinin karşılaştırılması	41
4.1.3.2. Grupların ruminatif tepkiler ölçeği kısa formu skorlarının karşılaştırılması	43
4.1.3.3. Grupların beden memnuniyeti ölçeği skorlarının karşılaştırılması	43
4.1.3.4. Grupların mizaç ve karakter ölçeği skorlarının karşılaştırılması	43
4.1.3.5. Grupların yeme bozuklukları değerlendirme ölçeği skorlarının karşılaştırılması	44
4.1.3.6. Grupların Depresyon Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması	45
4.1.4. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizleri	46
4.1.4.1. Sağlıklı grup ölçek skorlarının korelasyonları	47
4.1.4.2. Yeme bozukluğu riskli grup ölçek skorlarının korelasyonları	48
4.1.5. Regresyon	50
4.1.6. Aracılık Analizleri	51

4.1.6.1. Sağlıklı grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü.	52
4.1.6.2 Riskli grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü	53
4.1.7. Ödül Bağımlılığı Düzeyi ile Yeme Bozukluğu Belirti Düzeyi İlişkisi	55
4.1.7.1. Sağlıklı grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü	55
4.1.7.2. Riskli grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü	56
4.1.8. Yenilik Arayışı Düzeyi ile Yeme Bozukluğu Belirti Düzeyi İlişkisi	58
4.1.8.1. Sağlıklı grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü	58
4.1.8.2. Riskli grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü	59
4.1.9. Sebat Etme Düzeyi ile Yeme Bozukluğu Belirti Düzeyi İlişkisi	61
4.1.9.1. Sağlıklı grupta sebat etme mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü	61
4.1.9.2. Riskli grupta sebat etme mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü	62
4.2. İKİNCİ AŞAMA	64
4.2.1. Ekolojik Anlık Değerlendirme Katılımcılarının Demografik Özellikleri	64
4.2.2. Gruplar Arası Yeme Bozukluğu Belirti Düzeyi Farklılıkları	65
4.2.3. Gruplar Arası Mizaç Boyutları Farklılıkları	66
4.2.3.1. Zarardan kaçınma	66
4.2.3.2. Yenilik Arayışı	67
4.2.3.3. Ödül Bağımlılığı	69
4.2.3.4. Sebat Etme	70
4.2.4. Gruplar arası YB'ye özgü ruminasyon farkı	71
4.2.4. Gruplar arası beden memnuniyeti düzeyleri farkı	71
5. TARTIŞMA	73
5.1. HİPOTEZ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	73
5.2. KEŞİFSEL ANALİZ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	78
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	83
7. KAYNAKLAR	85
EKLER	95

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri	38
Tablo 4.2: Ölçek skorlarının betimsel analizleri.....	40
Tablo 4.3: Gruplar arası yaş ortalamaları farklılıkları	41
Tablo 4.4: Gruplar arası eğitim düzeyleri farklılıkları.....	42
Tablo 4.5: Gruplar arası çalışma durumu ve medeni hal farklılıkları.....	43
Tablo 4.6: Grupların ölçek skorlarının karşılaştırılması	46
Tablo 4.7: Sağlıklı grup katılımcılarının ölçek skorları arasındaki korelasyon katsayıları.....	48
Tablo 4.8: Riskli grup katılımcılarının ölçek skorları arasındaki korelasyon katsayıları.....	50
Tablo 4.9: Risk grubu mizaç boyutu düzeylerinin yeme bozukluğu belirti düzeylerini yordama katsayıları.....	51
Tablo 4.10: Sağlıklı grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modelinin yol katsayıları	53
Tablo 4.11: Riskli grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları.....	54
Tablo 4.12: Sağlıklı grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları	56
Tablo 4.13: Riskli grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları	57
Tablo 4.14: Sağlıklı grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları	59
Tablo 4.15: Riskli grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları	60
Tablo 4.16: Sağlıklı grupta sebat etme mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları	62

Tablo 4.17: Riskli grupta sebat etme mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları	63
Tablo 4.18: EMA katılımcılarının demografik özellikleri	65
Tablo 4.19: Gruplar arası YB semptom düzeyi farklılıkları	66
Tablo 4.20: Zarardan kaçınma, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti farklılıklarının YB semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri.....	67
Tablo 4.21: Yenilik arayışı, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti farklılıklarının YB semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri	68
Tablo 4.22: Ödül bağımlılığı, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti farklılıklarının YB semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri.....	70
Tablo 4.23: Sebat etme, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti farklılıklarının YB semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri.....	71

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza tanı kriterleri	5
Şekil 2.2: DSM-5'e göre Bulimiya Nervoza tanı kriterleri	9
Şekil 3.1: Katılımcıların akıllı telefonlarına uygulama üzerinden gönderilen anket soruları örnek görüntüsü.	36
Şekil 4.1: Sağlıklı grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli	52
Şekil 4.2: Riskli grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli.....	54
Şekil 4.3: Sağlıklı grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli.....	55
Şekil 4.4: Riskli grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli.....	57
Şekil 4.5: Sağlıklı grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli	58
Şekil 4.6: Riskli grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli	60
Şekil 4.7: Sağlıklı grupta sebat etme mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli.....	61
Şekil 4.8: Riskli grupta sebat etme mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli.....	63

SİMGELER VE KISALTMALAR

AN	: Anoreksiya Nervoza
ANOVA	: Analysis of Variance (Tek yönlü Varyans Analizi)
BN	: Bulimiya Nervoza
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BMÖ	: Beden Memnuniyeti Ölçeği
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı
EMA	: Ekolojik Anlık Değerlendirme
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
MKE	: Mizaç ve Karakter Envanteri
MKE-ÖB	: Mizaç ve Karakter Envanteri- Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeği
MKE-SE	: Mizaç ve Karakter Envanteri- Sebat Etme Alt Ölçeği
MKE-YA	: Mizaç ve Karakter Envanteri- Yenilik Arayışı Alt Ölçeği
MKE-ZK	: Mizaç ve Karakter Envanteri- Zarardan Kaçınma Alt Ölçeği
REZZY	: REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği
RTÖ-KF	: Ruminatif Tepkiler Ölçeği- Kısa Formu
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YB	: Yeme Bozuklukları
YBDÖ	: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği

YEME BOZUKLUĞU RİSK GRUBUNDA MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE SEMPTOM DÜZEYİ İLİŞKİSİNDE RUMİNASYON VE BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİNİN ARACI ROLÜ: BİR EKOLOJİK ANLIK DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

ÖZET

Amaç: Yeme bozuklukları, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyi oluşunu derinden etkileyen ciddi psikopatolojilerdir. Bu bozuklukların olumsuz sonuçları, etiyolojik faktörlerin incelenmesini ve tedavi ile önleme yaklaşımlarının etkinliğini artırmayı gerektirmektedir. Bu çalışmada yeme bozukluğu riski taşıyan bireylerde mizaç boyutları ile yeme bozukluğu semptomları arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık rolü, öz bildirim ölçekleri ve ekolojik anlık değerlendirme yöntemi kullanılarak incelenmiş ve sağlıklı bireylerde yeme bozukluğu riskini artırabilecek potansiyel etmenler araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın ilk aşamasında, yeme bozukluğu riski taşıyan 126 kadın ve 117 sağlıklı kadın katılımcı REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri, Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu, Beden Memnuniyeti Ölçeği, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. İkinci aşamada, 31 kadın katılımcıdan 13 gün boyunca ekolojik anlık değerlendirme yöntemi ile ruminasyon, yeme bozukluğuna özgü ruminasyon, beden memnuniyeti ve yeme bozuklukları semptom düzeylerine ilişkin veriler toplanmıştır.

Bulgular: Ölçeklerden edinilen bulgular, zarardan kaçınma mizaç boyutunun, Risk Grubu katılımcılarının semptom düzeylerini yordadığını ve bu ilişkide ruminasyon ile beden memnuniyetsizliğinin aracılık ettiğini göstermiştir. Anlık değerlendirme sonuçları, Risk Grubundaki bireylerde mizaç ve yeme bozukluğuna özgü ruminasyonun semptom düzeylerini birlikte yordadığını; ancak yeme bozukluklarına özgü ruminasyonun mizaca göre daha güçlü bir yordayıcı olduğunu ortaya koymuştur.

Sonuç: Bulguların içeriği ve kullanılan yöntemlerin, önleyici programların şekillenmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, yeme bozuklukları risk grubu için hem mizaç özelliklerinin hem de yeme bozukluğuna özgü ruminasyonun semptom yönetiminde önemli roller oynayabileceğini göstermektedir. Özellikle, yeme

bozukluğuna özgü ruminasyonun güçlü bir yordayıcı olarak öne çıkması, bu bireyler için hedeflenmiş müdahalelerin ruminasyon yönetimine odaklanmasının etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, beden memnuniyetsizliği üzerine odaklanacak çalışmaların klinik yaklaşımlara entegrasyonunun önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Beden Memnuniyetsizliği, Ekolojik Anlık Değerlendirme, Ruminasyon, Yeme Bozukluğu Riski, Zarardan Kaçınma



THE MEDIATING ROLE OF RUMINATION AND BODY DISSATISFACTION IN THE RELATIONSHIP BETWEEN TEMPERAMENT TRAITS AND SYMPTOM SEVERITY IN AN EATING DISORDER RISK GROUP: AN ECOLOGICAL MOMENTARY ASSESSMENT STUDY

ABSTRACT

Aim: Eating disorders are severe psychopathologies that deeply affect individuals' physical, psychological, and social well-being. The adverse outcomes of these disorders necessitate the investigation of etiological factors and the enhancement of effective treatment and prevention strategies. This study aimed to examine the mediating roles of rumination and body dissatisfaction in the relationship between temperament dimensions and eating disorder symptoms among individuals at risk for eating disorders, utilizing self-report measures and ecological momentary assessment. Additionally, potential factors that may increase the risk of eating disorders in healthy individuals were explored.

Materials and Methods: In the first phase of the study, 126 women at risk for eating disorders and 117 healthy women completed the REZZY Eating Disorders Scale, Temperament and Character Inventory, Ruminative Response Scale Short Form, Body Satisfaction Scale, Eating Disorder Examination Questionnaire, and Beck Depression Inventory. In the second phase, data on rumination, eating disorder-specific rumination, body satisfaction, and eating disorder symptoms were collected over 13 days using EMA from 31 women.

Results: Findings from self-report measures indicated that the harm avoidance temperament dimension predicted symptom levels in the at-risk group, with rumination and body dissatisfaction mediating this relationship. EMA results revealed that temperament and eating disorder-specific rumination jointly predicted symptom levels in the at-risk group, with eating disorder-specific rumination emerging as a stronger predictor than temperament.

Conclusion: The content of the findings and the methods used are thought to contribute to shaping preventive programs. These findings suggest that both temperament characteristics and eating disorder-specific rumination can play important roles in symptom management for individuals at risk for eating disorders. Particularly, the strong predictive role of eating disorder-specific rumination suggests that targeted interventions for these individuals may be more effective if they focus on rumination management. Furthermore, the importance of integrating studies focused on body dissatisfaction into clinical approaches is emphasized.

Key Words: Body Dissatisfaction, Eating Disorder Risk, Ecological Momentary Assessment, Harm Avoidance, Rumination.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları (YB), hem Türkiye’de hem de dünya genelinde giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Beslenme, insan yaşamı için hayati bir gereksinim olmasına rağmen, bu davranışın patolojik bir hal alması, günümüzde psikiyatrik rahatsızlıklar arasında en yüksek ölüm oranlarına sahip olmasına yol açmakta ve dünya genelinde her 52 dakikada bir kişinin ölümüne sebep olmaktadır (1). Bu nedenle, bireylerin YB riski taşıdığı dönemlerde, henüz tanı almadan, hastalık tehdidi oluşturan durumların tespit edilmesi, koruyucu ruh sağlığı açısından son derece önemlidir.

YB riski taşıyan bireyler, yeme davranışları, beden imajı ve kilo kontrolü ile ilgili sorunlar yaşayan, bu durumların YB gelişimi için belirli bir potansiyel taşıyan kişilerdir (2). Literatürdeki çalışmaların büyük bir kısmının, tanı almış bireyler üzerinde gerçekleştirildiği ve patolojinin tanı sonrası gelişimini ele aldığı görülmektedir. Ancak bu durum, tanı almadan önce kişilere müdahale edilebilecek erken risk faktörlerini belirleme ve hastalığın ilerlemesini durdurma noktasında bazı sınırlılıklara yol açmaktadır. Bununla birlikte, YB tanısı almış kişilerin önemli bir kısmı, günümüzde uygulanmakta olan kanıta dayalı tedavi yöntemlerine yeterli yanıt vermemektedir (3). Bu nedenle, henüz tanı almamış bireylerde risk faktörlerini belirlemeye yönelik çalışmaların artırılması ve risk düzeyindeki semptomların YB seyrine girmeden koruyucu önlemlerle düşürülmesi kritik bir öneme sahiptir. Yukarıda tanımlanan önem dahilinde, bu tez çalışmada, yeme bozukluklarından en yaygın olduğu bilinen Anoreksiya Nervosa (AN) ve Bulimiya Nervosa (BN) riski taşıyan bireyler ile çalışmak hedeflenecektir.

YB etiyojisi, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenen karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu faktörlerin bağımsız bir şekilde incelenmesi, YB'nin çok boyutlu doğasını açıklamada yetersiz kalmaktadır; dolayısıyla etiyojinin biyopsikososyal bir çerçevede değerlendirilmesi gereklidir (4). Cloninger’in Psikobiyolojik Mizaç ve Karakter Modeli'ne göre (5), mizaç, duygusal tepkilerdeki bireysel farklılıkları ifade etmekte ve YB gelişiminde, klinik belirtilerinde, hastalığın seyrinde ve tedaviye yanıtında önemli bir biyolojik belirleyici olarak öne çıkmaktadır. Mizacın ortaya çıkardığı etkilerle birlikte, farklı psikopatolojilerin altında yatan ve patolojinin artışına sebep olan etmenler olarak ele alınan transdiagnostik faktörlerden biri

olan ruminasyon, bireylerin kendi içsel olumsuz düşünce döngüleri ile beden imajları üzerindeki olumsuz etkilerinin köken sebeplerinden biri olarak değerlendirilmektedir (6). Buna bağlı olarak gelişebilen beden memnuniyetsizliği ise, bireylerin yeme davranışını doğrudan etkileyen bir tetikleyici olarak ele alınmaktadır (7). Ancak literatürde bahsedilen değişkenlerin YB risk grubunda incelendiğini ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple mevcut çalışmada, mizaç ile YB semptom düzeyleri arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracı rolünün incelenmesi; bu iki dinamiğin YB riskini artırmadaki kritik öneminin vurgulanması hedeflenmektedir. Böylece, bireysel mizaç farklılıklarının yanı sıra bilişsel ve duygusal faktörlerin YB riskindeki artışa olan etkisi daha kapsamlı bir şekilde ele alınacak ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarına destek sağlanacaktır.

Tüm bu unsurlara ek olarak, çalışmada kullanılan yöntemler arasında retrospektif öz değerlendirme ölçeklerinin yanı sıra bireylerden anlık veriler elde etmeyi sağlayan Ekolojik Anlık Değerlendirme (EMA) yöntemi de yer alacaktır. Bu sayede, katılımcıların hem geçmiş deneyimleri hem de mevcut duygu ve düşünceleri incelenerek YB semptomları ve ilişkili faktörler daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilecektir.

Bu çalışma, YB riski taşıyan bireylerde risk geliştiren faktörleri inceleyerek hem literatüre hem de klinik pratiğe katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Ayrıca, retrospektif öz bildirim ölçekleri ile EMA yöntemini bir arada kullanarak metodolojik açıdan sonuçları yorumlayarak yenilikçi bir bakış açısı sunmayı hedeflemektedir.

Araştırmanın hipotezleri Bölüm 2.7’de detaylı olarak paylaşılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YEME BOZUKLUKLARI

DSM-5’de yer alan adıyla Beslenme ve Yeme Bozuklukları, yeme ve yeme ile alakalı davranışlarda sürekli biçimde gerçekleşen davranışsal bozulmalar sonucunda ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik işlev kayıplarının görüldüğü bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (8). Yetersiz ya da aşırı gıda alımı, kilo alma korkusu; vücut şekli ve kilo ile aşırı meşguliyet, takıntılı düşünceler ve memnuniyetsizlik, YB hastalarında en yaygın şekilde görülen tipik davranış ve tutumlar olarak belirtilmektedir. Başlangıç yaşının genellikle ergenlik-genç yetişkinlik dönemi (15-25 yaş arası) içerisinde yer aldığı görülen bu psikiyatrik hastalık, kronikleşme eğilimi göstermekte ve dünyada gün geçtikçe sıklık ve yaygınlığı artmaktadır (9).

2.1.1. Anoreksiya Nervosa

Klinik olarak ilk tanımlanan yeme bozukluğu olan Anoreksiya Nervosa (AN), bireyin aşırı kilo alma korkusuyla kilo alımını engellemek için çeşitli davranışlar sergilemesi ve beden algısındaki bozulma ile belirginleşen bir bozukluktur. AN hastası, ideal vücut ağırlığının altında olmasına rağmen kilo almaktan yoğun bir korku duymakta ve vücut şekli ile ağırlığını algılamada bozukluk yaşamaktadır (10).

2.1.1.1. Epidemiyoloji: AN’nin yaşam boyu yaygınlığı ergen ve genç yetişkinlerde %2-3 aralığında görülmekte (1); ancak, AN yaşayan kişilerin kendilerini gizleme eğiliminden ötürü yaygınlığa dair kesin bir veri belirtmek oldukça güç olarak değerlendirilmektedir (11) .

Cinsiyet dağılımı noktasında göze çarpan bir fark barındıran AN’nin, kadınlarda görülme sıklığı, erkeklerde görülme sıklığının 10 katıdır ve hastalığın çoğunlukla görüldüğü yaş aralığı 10-29, başlangıç yaşı da ortalama 15 olarak belirtilmektedir (12,13). AN tanılı kişilerin cinsiyet dağılımını ülkemizde incelemiş olan bir çalışma, çalışmaya dahil edilen AN tanılı kişilerin kadın-erkek oranını 3,6:1 şeklinde sunmuştur (14).

2.1.1.2. Tarihçe, tanı ölçütleri ve klinik görünüm: Etimolojik olarak “an” (eksiklik, yoksunluk) ve “orexis” (iştah) kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşan anoreksiya (anorexia), ilk olarak Sir William Gull tarafından kullanılmış ve Gull’ın yapmış olduğu çalışmalarla birlikte ilgili literatürde yerini alarak; belirtileri tanımlanan 3 kadın üzerinden ayrı bir hastalık olarak betimlenmiştir (15,16).

Tarihsel olarak bakıldığında, istemli açlığın izleri antik dönemlere kadar uzanmaktadır (17). Kayıtlara göre, M.S. 700'den itibaren Avrupa’da katı diyet ve aşırı hareketlilik gibi davranışların gözlemlendiği belirtilmiştir (18). 19. yüzyılın sonlarına doğru, Charles Lasegue, "De l'Anorexia Histerique" adlı makalesiyle AN'yi klinik bir patoloji olarak tanımlamaya başlamıştır. Lasegue (19), anoreksiyayı histeriyle ilişkilendirmiş ve aile dinamiklerinin önemini vurgulamıştır. Simmonds (20) hastalığın endokrinolojik faktörlerini, Waller ve ark. (21) ise somatik kökenlerini ele almıştır. 20. yüzyılda Gerald Russell (22) AN’nin tanı kriterlerini üç temel madde ile açıklamıştır: Buna göre, ilk madde belirgin kilo kaybına yol açan davranış bozukluklarının varlığı, ikinci madde kontrolsüz yemeye bağlı kilo alma korkusu varlığı ve üçüncü madde endokrin bozukluk olarak kadınlarda amenore, erkeklerde cinsel isteksizlik ve gücün azalması şeklindedir.

Yeme bozuklukları, 1980 yılında DSM-III ile ilk defa ayrı bir hastalık kategorisi olarak yer almış ve tanımlanan ilk bozukluk olan AN’nin DSM-III'teki tanı kriterleri, Freighner ve ark.’nın (23) önerilerine dayandırılmıştır. Zaman içinde DSM kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmış olsa da, yetersiz beslenmeye bağlı düşük vücut ağırlığı ve kilo alma ya da şişmanlama korkusu, AN’nin temel kriteri olarak kabul edilmeye devam etmiştir.

Özetle, tarih boyunca gözlenen bozulmuş yeme davranışlarının, günümüzde AN olarak tanımlanan bozukluğun temelini oluşturduğu anlaşılmaktadır. Fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan kişinin yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz etkileyen AN, günümüzde DSM-5'te sınıflandırılan dört yeme bozukluğundan biri olarak tanımlanmaktadır (8). DSM- 5 kapsamındaki AN tanı kriterleri Şekil 2.1’de sunulmuştur.

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

Varsa belirtiniz:

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

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

Varsa belirtiniz:

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

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

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

Ağır olmayan: VKG ≥ 17 kg/m²

Orta derecede: VKG 16-16.99 kg/m²

Ağır: VKG 15-15.99 kg/m²

Aşırı düzeyde: VKG <15 kg/m²

Şekil 2.1: DSM-5'e göre Anoreksiya Nervosa tanı kriterleri

DSM-5 ile birlikte, AN'nin kriterlerinden biri olan zayıflık durumu, kişinin vücut ağırlığı ve beden kitle indeksi (BKİ) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen zayıflık kriterlerine göre değerlendirilmeye başlanmıştır. Ayrıca, DSM-IV-TR'de

bulunan menarş sonrası üç ardışık amenore kriterini karşılama önkoşulu kaldırılmış, böylece erkeklerde AN tanısı konulması mümkün hale gelmiştir (8).

AN tablosunun temelinde, bireyin zayıf bir vücuda sahip olma arzusuyla birlikte kilo alma korkusu yatmaktadır. Bu korkuyla birlikte AN yaşayan birey, besin alımını kısıtlamaya, düşük kalorili yiyecekler tüketmeye ve çok az veya yavaş yemeye yönelmektedir. Ayrıca, aldığı gıdaları telafi etmek amacıyla uygunsuz laksatif kullanımı, kendini kusturma girişimleri ve aşırı yoğun egzersiz gibi davranışlar da gözlemlenmektedir (10).

AN'nin seyrinde, bireyler genellikle kilo alma korkusuyla katı diyetlere yönelmekte ve kalori açığı yaratma eğiliminde olmaktadır. Bu bağlamda, tükettikleri her yiyeceğin kalori hesabını yapmaktadırlar. Kilo verme çabasının başlangıcındaki bu davranış, zamanla uzun süreli aç kalma ve diyet kontrolünün kaybedilmesi sonucu telafi edici davranışlara (örneğin laksatif kullanımı, kusma) dönüşebilmektedir. Kilo kaybına rağmen birey, bunu yetersiz bulmakta ve aşırı kilo kaybının yarattığı tıbbi sorunları inkar edebilmektedir (24). AN hastalarının öz değer algısı, kilo ve vücut biçimi üzerinden şekillenmektedir. Bu kişiler, kilo almaktan kaynaklanan yoğun korku ve kaygıları nedeniyle sürekli tartılma, ayna karşısında bedenlerini inceleme ve detaylı kalori hesabı gibi tekrarlayıcı davranışlar sergileyebilmektedirler (25).

Buna ek olarak, AN hastalarında düşük özsaygı, uyku problemleri, öfke kontrolünde zorluklar, sosyal içe çekilme, romantik ilişkilerde sınırlılık ve cinsel isteksizlik gibi durumlar da sıklıkla görülmektedir. Aynı zamanda, düşük vücut ağırlığı, nabız düşüklüğü, hipotermi, kas ve eklem sorunları, anemi, adet düzensizliği veya amenore, aşırı kusma sonucu mide yırtılması, diş çürükleri, kalp ritim bozuklukları, cilt kuruluğu, metabolik problemler ve bilişsel bozulmalar gibi ciddi tıbbi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Yaşamsal tehdit oluşturan AN, hastaların hastalıklarını kabul etmemesi nedeniyle tedavi sürecini zorlaştırmakta ve bu durum, AN'yi psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek ölüm oranına sahip bozukluklardan biri haline getirmektedir (26).

2.1.1.3. Tedavi ve prognoz: Beden algısındaki bozulmayla ortaya çıkıp, kişinin cinsiyet ve yaşına göre anormal bir vücut ağırlığına sahip olmasına yol açan AN, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan ciddi tahribat yaratan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (27). Hastalığın kronikleşmesiyle birlikte belirtiler çevre tarafından

daha net anlaşılabilir hale gelmektedir; ancak AN'nin temel sorunlarından biri olan içgörü kaybı nedeniyle hastalar genellikle durumlarının ciddiyetinin farkında olmamaktadırlar. Uygun tedavi sağlanmadığında, yukarıda belirtilen fiziksel sorunlara ve ilerleyen aşamalarda hayati tehlikeye yol açabilmektedir. Bu sebeple, AN'de erken tanı, müdahale ve tedavi süreci büyük bir önem taşımaktadır (27). AN tedavisinde ilk adım her ne kadar beslenmenin düzenlenmesi ve vücut ağırlığının normal aralığa getirilmesi olsa da, multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi tedavinin başarısı için kritik bir rol oynamaktadır. Bu yaklaşım, dahiliye ile hastanın fiziksel sağlığını belli bir seviyeye ulaştırmayı, ardından ise çeşitli psikoterapi yöntemleri ile psikolojik sorunlarını köklü bir şekilde ele almayı amaçlamaktadır (28).

2.1.2. Bulimiya Nervosa

Bulimiya Nervosa (BN), tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları sırasında kontrol kaybı ve kilo alma korkusuyla kendini kusturma veya laksatif kullanma gibi telafi edici davranışların görüldüğü bir yeme bozukluğudur (8). BN, aşırı yeme atakları ve ardından gelen kilo alımını önlemeye yönelik davranışlarla tanımlanmaktadır. Bu ataklar, kişinin yaş ve cinsiyetine göre normalden çok daha fazla gıda tüketmesi ve yeme kontrolünü neredeyse tamamen kaybetmesi ile karakterizedir (8).

2.1.2.1. Epidemiyoloji: BN'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.3 olarak belirlenmiş ve başlama yaşı 16-17 olarak saptanmıştır. Bunun yanı sıra kadınlarda görülme sıklığı erkeklerin 3 katı fazla olarak değerlendirilirken, kadınlarda yaşam boyu yaygınlığının %0.9 ile %1.3; erkeklerde ise %0.1 ile %0.5 aralığında olduğu hesaplanmıştır (29).

2.1.2.2. Tarihçe, tanı ölçütleri ve klinik görünüm: Etimolojik olarak “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) kelimelerinin birleşiminden türetilen BN, patolojik bir açlık düzeyini tanımlamak için “bir öküzün yiyebileceği kadar büyük bir açlık” şeklinde betimlenmiştir.

Araştırma süreci AN'den sonra başlamış olsa da, BN benzeri semptomlara dair kayıtlar Antik Mısır dönemine kadar uzanmaktadır; bu dönemde vücudu temizlemek amacıyla 10 günde bir çıkarma davranışının yapıldığına dair kayıtlara ulaşılmıştır (30). Ayrıca, antik dönemden günümüze kadar, BN semptomolojisine benzer belirtiler

gösteren ve çeşitli fizyolojik sebeplerden kaynaklandığı düşünülen “doyurulamayan açlık duygusu” temelinde sunulmuş olgu örnekleri de bulunmaktadır (31).

İlgili literatürde kullandığımız "bulimia" terimi, 20. yüzyılda anoreksiya terimini de ilk olarak kullanan Gerald Russell tarafından ortaya konmuştur. Russell, bulimiayı tanımlamak amacıyla üç ana tanı kriteri belirlemiştir (32). Bunlar: Aşırı yeme atakları, çıkarma davranışı ya da laksatif kullanımı ve şişmanlamaktan korkmadır.

Günümüzde kullandığımız BN tanı kriterleri, DSM-5 ile en kapsamlı haline ulaşmıştır. DSM-IV-TR sürümünde çıkarma tipi olan ve olmayan olarak ikiye ayrılan BN, çıkarma ibaresinin diğer telafi edici davranışları kapsayamaması ve bu durumun yarattığı karmaşa nedeniyle DSM-5'te alt kategorilere ayrılmaktan arındırılmıştır. Ayrıca, DSM-IV-TR'ye göre tıknama ve telafi edici davranışların üç ay süresince haftada en az iki kez gerçekleşmesi gerektiği kriteri, DSM-5'te gözden geçirilmiş ve bu sıklığın haftada bir kez olması BN kriterleri açısından yeterli olarak kabul edilmiştir. Böylece günümüzdeki değerlendirme standartlarına ulaşılmıştır. DSM-5'teki dört yeme bozukluklarından biri olarak tanımlanan Bulimiya Nervosa'nın (8) bu kapsamdaki tanı kriterleri Şekil 2.2'de sunulmuştur.

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

Varsa belirtiniz:

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

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

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

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

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

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

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

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

Şekil 2.2: DSM-5'e göre Bulimiya Nervosa Tanı Kriterleri

2.1.1.3. Tedavi ve prognoz: AN'den farklı olarak, BN yaşayan bireylerin gıda alımı kısıtlamalarının sonucu olarak yeme atakları yaşadıkları ve kendi yaş ve cinsiyetlerine göre normal ya da normalden biraz fazla kiloda oldukları görülmektedir. BN hastaları, genellikle gün içinde yeme ataklarını düşünerek yiyeceklerini önceden planlamaya çalışırlar. Gerçekleşen aşırı yeme epizodları ise genellikle kusma, laksatif kullanımı veya başka bir telafi davranışıyla sonuçlanır (33). Bahsedilen aşırı yemenin ardından geliştirilen telafi edici davranışlar sayesinde bireyler, normal sayılabilecek kilo

aralığında kalabilmektedir (8). Hastalar, yaşadıkları yeme ataklarının hemen öncesinde kontrol kaybı hissettiklerini ve bu durumdan dolayı yoğun bir suçluluk ve utanç duygusu yaşadıklarını belirtmektedirler (34).

AN ile kıyaslandığında BN, genellikle fizyolojik sonuçları bakımından daha hafif olarak değerlendirilmektedir. Ancak, BN'nin temel özelliklerinden biri olan telafi edici davranışlar, özellikle kusma ve laksatif kullanımı, birçok fizyolojik soruna yol açabilmektedir. Kusma, en sık görülen telafi davranışlarından biri olup, hastaların dışlerinin aşınmasına ve mide problemlerine yol açmaktadır (35). Bu davranışlar sonucunda bireylerde elektrolit dengesinin bozulduğu gözlemlenmektedir (36). Ayrıca, kanda kalsiyum eksikliği (hipokalsemi), sodyum eksikliği (hiponatremi), magnezyum eksikliği (hipomagnezemi) ve potasyum eksikliği (hipokalemi) gibi durumların yanı sıra kan hacminde bir azalma oluşabilmektedir (37).

Tedavi sürecinde AN tanılı kişilere göre, BN tanılı kişilerde iyileşme isteği daha sıklıkla rastlanmaktadır. BN tedavisinde, madde bağımlılığı, ileri seviye depresyon ya da fiziki komplikasyonlara rastlanmıyorsa farmakoterapi ile psikoterapi işbirliği ile en etkili olduğu öne sürülen tedavi süreci kişiler için yürütülmektedir (38).

Bu çalışmada, AN ve BN riskinin araştırılması, yüksek mortalite oranları, psikolojik ve fizyolojik sağlık üzerindeki ciddi etkileri nedeniyle öncelikli bir odak noktası olarak belirlenmiştir. Bu bozuklukların oluşum süreçlerinin karmaşık dinamikleri, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve risk faktörlerinin anlaşılması açısından kritik öneme sahiptir. AN ve BN belirtileri, yeme bozukluğu spektrumunun ötesinde, bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde tehdit ettiğinden, mevcut çalışmada bu iki bozukluğun risk taraması üzerine odaklanılacaktır.

2.2. YEME BOZUKLUKLARININ (ANOREKSİYA NERVOZA VE BULİMİYA NERVOZA) ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Yeme bozukluklarının biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenleri bir arada bulunduran karmaşık doğası, bu alanda uzun yıllardır sürdürülen araştırmalara rağmen, hastalığın etiyojisine ilişkin kabul gören bütüncül bir yaklaşımın hala oluşturulamamış olmasına neden olmaktadır.

Yeme bozukluklarının gelişiminde önemli rol oynayan birçok etiyolojik faktör olduğu gibi, hastalığın gelişme ihtimalini artıran risk faktörlerinin de önemi vurgulanmaktadır (39). Etiyolojik faktörler, doğrudan bozukluğun oluşmasına yol açan temel nedenler ve mekanizmalar olarak tanımlanırken, risk faktörleri ise mevcut olduklarında belirli bir bozukluğun gelişme riskini artıran özellikler veya olaylar olarak kabul edilmektedir (40). Bahsedilen her iki faktör de yeme bozukluklarının karmaşıklığını anlamak, hastalığın gelişimini önlemek ve tedavi aşamasında kullanılması adına önem taşımaktadır.

2.2.1. Etiyolojik Faktörler

2.2.1.1. Biyolojik faktörler: Yeme bozukluklarını biyolojik açıdan ele alan çalışmalar, genetik yatkınlık ve ikiz araştırmalarıyla desteklenmektedir. AN teşhisi konmuş kişilerin birinci derece akrabalarının, AN teşhisi almamış kişilere kıyasla, hayatları boyunca AN teşhisi alma riskinin 11 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (41). Benzer şekilde, BN teşhisi konmuş bireylerin akrabalarında da yeme bozukluğu riski belirgin ölçüde artmıştır (42). İkiz çalışmalarında, hem tek hem de çift yumurta ikizlerinde AN ve BN'nin ortak olarak görülme olasılığı yüksek bulunmuştur (43). Genetik aktarım oranları AN için %48-88, BN için ise %28-83 arasında değişmektedir (44,45).

Biyolojik cinsiyet ise, YB'nin etiyolojisinde biyolojik faktörler çatısı altında ele alınan bir diğer unsurdur. Yapılan çalışmalar, kadınlarda östradiol ve progesteron gibi üreme hormonlarının seviyelerindeki dalgalanışın yeme davranışı üzerinde belirgin etkisinin olduğunu göstermektedir (46,47) Bu bulgular, ergenlik dönemi ile birlikte başlayan hormonal değişimlerin, kadınlarda düzensiz yeme semptomlarının ortaya çıkmasına yol açan genetik etkileri tetikleyebileceğine işaret etmektedir. Bu değişimlerin yoğun yaşandığı ergenlik ve genç erişkinlik döneminde bulunmak da yeme bozukluğu gelişimi ile ilişkilendirilmektedir, bu sebeple 14-25 yaş aralığı, YB gelişimi için bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır (48,49).

Son yıllarda nörogörüntüleme çalışmalarında, yeme bozukluklarıyla ilişkili serotonerjik ve dopaminerjik aktivite farklılıkları tespit edilmiştir (50). Ayrıca, limbik sistem ve frontostriatal bölgelerdeki anormalliklerin yeme davranışlarını etkilediği gösterilmiştir (51). Bu nörotransmitter değişiklikleri, mizaç ve kişilik özellikleriyle

ilişkilendirilmiştir (52). Ancak, bu bulgular yeme bozukluklarının etiyolojisinde kesin bir nedensellik ortaya koymada yetersiz kalmaktadır.

2.2.1.2. Psikolojik faktörler: Yeme bozuklukları, psikanalitik yaklaşımla ilk olarak Freud tarafından yeme davranışının cinsellikle özdeşleştirilmesi çerçevesinde ele alınmıştır. Freud'a göre, AN, oral dönemde yaşanan doyum sorunlarının ve bu döneme ilişkin içsel cinsel çatışmaların bir yansıması olarak değerlendirilmektedir. Bu çatışmalar, ergenlik döneminde yeniden ortaya çıkarak AN belirtileri şeklinde kendini göstermektedir. Benzer şekilde, BN de ergenlik döneminde içsel çatışmaların, dönemin talepleriyle çakışması sonucunda görülmektedir (53). Her iki bozukluk da bireyin bilinçaltındaki çatışmaların bedensel ve davranışsal yansımaları olarak kabul edilmektedir.

Psikodinamik kuram, yeme bozukluklarının belirtilerini, bireyin yaşamına ilişkin derin çatışmalarını bilinç düzeyine getirememesi sonucu yaşadığı acının dışavurumu olarak açıklamaktadır. Bruch'a (54) göre, yeme bozukluğu olan bireyler, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını ayırt etme konusunda zorluk yaşamaktadır ve bu durum, erken dönemde ebeveynleri tarafından karşılanmayan ihtiyaçlardan kaynaklanmaktadır. Bruch, yeme bozukluklarının çaresizlik ve yetersizlik duygularına karşı bir başa çıkma çabası olarak geliştiğini öne sürmektedir. Aşırı kontrol arzusu ve zayıflama uğraşı, bireyin içsel çatışmalarını dışavurmasının bir ifadesi olarak değerlendirilmektedir. Crisp ve Burns (55), AN'de görülen aşırı zayıflama ve amenorenin, kişinin yetişkinlikle gelen duygusal sorumluluklardan kaçma ve çocukluğa gerileme arzusu olarak görülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. BN ise, kişinin içsel boşluğunu yeme ile doldurup, ardından bu doluluğu öfke ve şiddetle dışarı atma şeklinde açıklanmaktadır. Tıkınma davranışı, idealize edilen anne figürünün içe alınmasını simgelerken, kusma ise nefret edilen figürden kurtulma arzusu olarak görülmektedir (56).

Yeme bozukluklarının gelişiminde ve sürekliliğinde etkili olan temel faktörlerden biri, mizaç ve kişilik özellikleri olarak görülmektedir (57). AN ve BN hastalarında sıklıkla görülen mizaç ve kişilik özellikleri arasında yenilik arayışı, zarardan kaçınma, esneklikten yoksunluk, mükemmeliyetçilik, nevrotiklik, sosyal onay arayışı ve yoğun kontrol arzusu yer almaktadır. BN hastalarında, AN hastalarından farklı olarak, dürtüsellik ön plana çıktığı, ego-distonik yaşantıların daha belirgin olduğu ve görece

daha öfkeli oldukları belirtilmektedir (58- 60). Bu çalışmada mizaç, ana değişkenlerden biri olarak belirlenmiştir; bundan ötürü, daha detaylı olarak “Psikobiyolojik Model” başlığı altında ele alınacaktır.

Mizaç ve kişilik özelliklerinin bireylerin YB geliştirmelerinde başka bir etkin faktör olarak görülen ruminasyona yönelik eğilime etki ettiği bilinmektedir (61). Duygusal Çağlayan Modeli’ne göre (Emotional Cascade Model) (62), negatif duygular ile yeme bozukluğunda görülen ve kontrol edilemeyen davranışlar arasındaki ilişki ruminatif süreçlerle açıklanmaktadır. Bu modele göre, bireyin negatif yüklü duygulanımı, ruminasyonu artırmakta ve bu iki değişken bir döngü halinde birbirini beslemektedir. Sonuç olarak, birey bu döngüden kaçınmak için uyumsuz davranışlara (tıkınırcasına yeme ya da kısıtlama gibi) başvurmaktadır (63,64). Model ile uyumlu olarak yapılan çalışmalar, yeme bozukluğu patolojisinde ruminatif düşünce yapısının belirleyici olduğunu ortaya koymuştur (64,65).

Yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir faktör olarak bilinen beden memnuniyeti, aynı zamanda özsaygının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir (59). Beden imajı, bireyin bedenini algılama biçimine dair düşüncelerini, duygularını, inançlarını ve davranışlarını kapsayan çok boyutlu bir kendilik algısıdır (66). Bireyler, algıladıkları beden imajını idealize ettikleri vücut tipleriyle karşılaştırarak öz değerlendirmelerini yapar ve bu değerlendirme sonucunda bedenlerine yönelik memnuniyet düzeylerini belirlerler (67). Ancak zamanla çeşitli faktörlerin etkisiyle bu memnuniyet azalabilir ve beden memnuniyetsizliğine dönüşebilir. Beden memnuniyetsizliği, kişinin vücudu ve kilosuyla ilgili olumsuz inanç ve düşünceler geliştirmesine, gıda alımını kısıtlamasına, katı diyet yapmasına ve aşırı egzersize yönelmesine neden olarak yeme bozukluklarının oluşumunda etkili bir rol oynamaktadır (68, 69). Beden dair algının yeme bozukluğu patolojisindeki bu önemi, bilişsel davranışçı yaklaşımda da vurgulanmaktadır. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre YB’nin temelinde, bireylerin işlevsel olmayan bilgi işleme süreçleri yatmaktadır. Bu yaklaşım, bireylerin beden biçimi ve kiloya dair gerçeklikten uzak beklentiler, kendilik değerini beden üzerinden tanımlamalarına ve yiyeceklerle ilgili doğru olmayan inançlar gelişmelerine yol açabildiğini belirtmektedir (70,71). Bu işlevsel olmayan inançlar, YB’nin oluşumunda temel bir rol oynamakta ve bireylerin katı diyet uygulamalarına, beden

odaklı düşüncelerinin yoğunlaşmasına ve kusma ya da laksatif kullanımı gibi telafi edici davranışlara yönelmelerine sebep olabilmektedir (70).

YB'nin psikolojik etiyolojisinde etkin olduğu düşünülen bir diğer faktör, bireyin gelişim dönemlerinde etkisinde kaldığı ebeveyn tutumlarıdır. Çocukluk çağı travmaları, olumsuz yaşam olayları, duygusal ve fiziksel istismar ile ihmal, YB'nin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (72,73). Bu tür yaşantıların, bireyde düşük özsaygıya neden olduğu bilinmektedir ve düşük özsaygı, yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (74). Ancak, düşük özsaygı yalnızca yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmemekte, depresyon, kaygı bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıyla da ilişkilendirilmektedir (75-77). Kişinin neden diğer bozukluklar yerine yeme bozukluğu geliştirdiği ise bireysel faktörlerle açıklanmaktadır.

2.2.1.3. Sosyokültürel faktörler: Yeme bozukluklarının gelişiminde ve yeme davranışlarının bozulmasında sosyokültürel faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Bu faktörlerin başında, psikolojik faktörlerle de ilişkili olan beden imajı ve bireyin bu imajı toplumsal normlarla kıyaslaması gelmektedir. Bireyler, bedenlerini toplumsal ideallere göre değerlendirdiklerinde, bu değerlendirmeler zamanla içselleştirilmiş düşünceler ve duygulara dönüşebilmektedir. Özellikle kültürel olarak dayatılan ince beden ideali, bu değerlendirmelerin merkezinde yer almaktadır. Sosyal medya, aile baskısı ve yakın çevre gibi dışsal etkenler, bireyin kabul görme arzusunu tetikleyerek bedenle ilgili içsel baskılar yaratmaktadır. Kişinin bu baskıları içselleştirmesi, idealize edilen beden figürleri ile kendi bedenini karşılaştırmasına yol açmakta ve beden memnuniyetsizliğini artırmaktadır. Kendilik algısındaki bu olumsuzluklar, bireyi yeme davranışlarını bozacak şekilde aşırı diyet yapma, aşırı egzersiz gibi kontrol edici davranışlara ya da tıknırcasına yeme gibi kontrolsüz davranışlara yönlendirebilmektedir (78).

Beden memnuniyetsizliği ile yeme bozuklukları arasındaki bu ilişkiyi güçlendiren en önemli faktörlerden biri, son yıllarda artan sosyal medya kullanımı olarak görülmektedir (79). Sosyal medya üzerinde filtreler ya da photoshop kullanılarak paylaşılan fotoğrafların yanı sıra idealize edilmiş diyetler ve egzersiz programlarının, özellikle genç bireylerde, gerçeği yansıtmayan bir idealizasyon oluşturduğu belirtilmektedir. Bu durum, bireylerin bedenlerine yönelik memnuniyetsizlik

yaşamlarına ve bu memnuniyetsizliğin yeme bozukluğu semptomlarını etkilemesine yol açmaktadır (69,80).

2.2.2. Yeme Bozukluğu Premorbid Risk Faktörleri

Yeme bozukluğu geliştirme riski yüksek olan bireylerde, bu riski yordayan bazı ortak etmenler bulunmaktadır. Bunlar: Kadın olmak (81), hormonal dalgalanmaların yoğunlukla yaşandığı ergenlik veya genç erişkinlik döneminde olmak, (49) obsesif kompulsif bozukluk, majör depresif bozukluk, şizofreni (82) gibi genetik korelasyonu yüksek psikiyatrik hastalıklara sahip olmak; otoimmün ve otoinflamatuvar hastalıklara sahip olmak (83); mükemmeliyetçi tutumu yüksek (84), düşük özgüvene sahip olan (85) ve katı diyet uygulamaları, yiyecek ve kilo ile alakalı aşırı uğraşlarının olması gibi problemli yeme davranışları gösteren ebeveynlere sahip olmak (86); çocukluk çağı travmaları geçmişinin varlığı (72); duygu regülasyonunda zorluk yaratan kişilik özelliklerine sahip olmak (87); kilo ve beden ile alakalı düşüncelerin yoğun ve beden memnuniyetsizliğinin yüksek olması (88); katı diyet uygulamaları gerektiren spor faaliyetlerinde yer almaktır (89).

YB riski taşıyan bireyler, klinik olarak AN veya BN tanı kriterlerinin tümünü karşılamamakla birlikte, yeme davranışlarında belirgin düzensizlikler sergileyen bir tabloyu yansıtmaktadır. YB riski taşıyor olmak, tanısal eşiğin altında kalıyor olmasına rağmen, bireylerin sağlık ve psikolojik işlevsellikleri üzerinde ciddi riskler oluşturmakta ve zamanla tanı gerektiren bir düzeye ilerleme potansiyeli barındırmaktadır (90). Bir başka deyişle, riskli bireyler tam teşhis almamış ancak YB geliştirme riski yüksek olan bireyleri temsil etmektedir. Yüksek YB riski taşıyan düzensiz yeme davranışları, tanı almış YB'ye göre daha yaygındır. Ayrıca, bu tür davranışlar, etkilenen bireyleri klinik açıdan önemli düzeyde YB gelişme riski altına soktuğu için tehlike arz etmektedir (91).

Yüksek YB riskinin tespit edilmesi, erken müdahale ve önleme çalışmalarıyla birlikte bireylerin yeme bozukluğu geliştirmesini önleme, yaşam kaliteleri üzerinde oluşabilecek olumsuz etkileri minimize etme ve olası ölüm riskini azaltabilme adına kritik bir öneme sahiptir (92).

2.3. PSİKOBİYOLOJİK KİŞİLİK KURAMI

Kişinin yaşamı boyunca çeşitli bağlamlarda değişiklik gösterebilen düşünce, duygu ve davranış kalıplarını ifade eden özellikler bütünü, "kişilik" olarak tanımlanmaktadır. Kişilik, bu bileşenleri ile bireyleri birbirinden farklılaştıran karmaşık ve birey bazında özelleşen bir sistem olarak ele alınmaktadır (5).

Kişilik kavramı, Antik Yunan filozofları Hipokrat ve Galen'in vücut sıvılarına dayalı olarak geliştirdikleri tanımlarla başlamış ve tarih boyunca birçok bilim insanı tarafından farklı şekillerde ele alınmıştır. Kavramın bilimsel bir çerçevede yapılandırılması ise Charcot, Freud, Janet, Jung ve McDougall gibi isimlerin çalışmalarıyla 19. yüzyılın sonlarına denk gelmektedir. Bu döneme kadar tipolojik bir yaklaşım üzerinden incelenen kişilik kuramları, ölçümün zorluğu nedeniyle boyutsal bir yaklaşıma yönelmiştir (94). Tipolojik modelde kişilik, belirli kategorilere dayalı sabit özelliklerle tanımlanırken, boyutsal model kişilik özelliklerinin bir süreklilik içinde yer aldığını vurgulamaktadır. Bu yaklaşıma göre, kişilik özelliklerinin varlığı veya yokluğundan ziyade, hangi düzeyde görüldüğü önem arz etmektedir. Bu anlayış, kişilikte bireyler arası farklılıkların daha ayrıntılı bir şekilde anlaşılmasını sağlamaktadır. Günümüzde kuramsal açıdan tam bir uzlaşmaya varılmamış olmakla birlikte, Cloninger ve arkadaşlarının geliştirdiği Psikobiyolojik Kişilik Kuramı, kişilik araştırmalarında en çok kabul gören yaklaşımlardan biri olarak öne çıkmaktadır (5).

Psikobiyolojik Kişilik Kuramı, genetik çalışmalar, uzun dönemli gelişim takip araştırmaları, nörodavranışsal ve nörofarmakolojik öğrenme çalışmaları ile psikometrik araştırmaların sentezlenmesi sonucu oluşturulmuş ve günümüzde en çok desteklenen kişilik kuramlarından biri haline gelmiştir. Cloninger, 1986 (95) ve 1987 (96) yıllarında yayınladığı çalışmalar ışığında, genetik olarak birbirinden bağımsız üç temel mizaç boyutunu tanımlamıştır: yenilik arayışı (novelty seeking), ödül bağımlılığı (reward dependence) ve zarardan kaçınma (harm avoidance). Bu boyutların değerlendirilmesi amacıyla 100 maddelik Üç Boyutlu Kişilik Anketi (Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)) (97) isimli bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Cloninger, ilerleyen çalışmalarıyla modelin mizaç boyutlarına "sebat etme" (persistence) adında yeni bir boyut eklemiş ve bu boyutu başlangıçta ödül bağımlılığının bir bileşeni olarak değerlendirirken, sonradan ayrı bir boyut olarak ele almıştır. Ayrıca, "mizaç" kavramını "karakter" kavramı ile birleştirerek, kişilik gelişimini açıklayan üç yeni boyut daha

eklemiştir: kendini yönetme (self-directedness), işbirliği yapma (cooperativeness) ve kendini aşma (self-transcendence) (5). Bu şekilde yedi boyuttan oluşan yeni modelin ölçümü, kişilik bozukluklarının alt kategorilerini ve diğer ruhsal bozuklukları daha iyi ayırt edebilmek amacıyla, 240 maddelik Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory (TCI)) (98) aracılığıyla değerlendirilmeye başlanmıştır.

2.3.1. Mizaç ve Karakter

Mizaç ve Karakter kavramları, Cloninger ve Svrakic (99) tarafından farklı süreçler olarak tanımlanmıştır. Mizaç, duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçlerine dayalı olarak kişinin duygusal eğilimlerini ifade ederken; karakter, sembolizasyon ve soyutlama süreçlerine dayalı kavramsal öğrenmeyi temsil etmektedir. Mizaç, doğuştan gelen emosyonel eğilimleri tanımlarken; karakter, bireyin kendiliği ile oluşturduğu bir yapı olarak değerlendirilmektedir.

2.3.1.1. Mizaç Boyutları: Cloninger'in öne sürdüğü üzere, kişinin algıladığı sinyallere yanıt olarak oluşan duygudurumu ve davranışlarını, doğuştan getirdiği bir eğilim üzerinden açıklayan ve otomatik olarak gerçekleştiği ileri sürülen mizaç kavramı, yenilik, tehlike ya da ceza ve ödüle verilen farklı tepkilere göre boyutlandırılmaktadır. Bu farklılıklardan yola çıkarak da yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme şeklinde dört farklı mizaç boyutu tanımlanmıştır (100).

2.3.1.1.1. Yenilik arayışı: Yenilik arayışı mizaç boyutunda ortalamanın üzerinde yer alan kişiler, genel olarak dürtüsel, karar vermekte zorlanan, çabuk heyecanlanan ve kolayca fikir değiştiren bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu kişilerin, hızlıca provoke olabilen ve öfkelenen, düzen ve planlama konusunda zayıf olan özellikleri dikkat çekmektedir. Yeni ilgi alanlarına açık olmaları nedeniyle etkinliklere hızlıca katılmakta; ancak detayları göz ardı etme eğiliminde olup, aynı zamanda bu ilgi alanlarından hızla sıkılabilmekte ve değişiklik arayışına girmektedirler. Kolay provoke olabildikleri için kavga etmeye yatkınlıkları da yüksek olmaktadır. Buna karşın, yenilik arayışı boyutunda ortalamanın altında yer alan bireyler, yeni ilgi alanlarına yavaş ısınan, görece dar bir bakış açısına sahip kişiler olarak değerlendirilmektedir. Genellikle daha düşünceli, kolay sinirlenmeyen, tutumlu, sadık ve düzenli bir yaşam tarzı süren bu kişiler, daha sade bir yaşam tarzı benimsemektedirler (101).

Psikopatolojik açıdan değerlendirildiğinde, yüksek yenilik arayışı, antisosyal, pasif-agresif ve histrionik kişilik bozukluklarıyla ilişkilendirilmekte; düşük yenilik arayışı ise obsesif kompulsif ve şizoid kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir. Bu ilişkilendirme, kişilik özelliklerinin belirli psikolojik bozukluklara zemin hazırlayabileceğini göstermektedir (102).

2.3.1.1.2. Zarardan kaçınma: Zarardan kaçınma mizaç boyutunda ortalamanın üzerinde yer alan kişiler, temkinli, öngörülü, daha yoğun kaygı yaşayan, korkuları belirgin olan, çekingen ve çabuk yorulan bireyler olarak karakterize edilmektedirler. Diğer bir deyişle, bu özellikler davranışın ketlenmesine yönelik kalıtsal bir eğilim olarak değerlendirilmektedir (96).

Diğer taraftan, genel olarak diğer mizaç boyutlarında ortalama düzeyde yer alan ancak zarardan kaçınma boyutunda ortalamanın altında bulunan bireyler, özgüvenli, rahat, iyimser, daha az endişe duyan, enerjik ve hoşgörülü bireyler olarak tanımlanmaktadır (101).

Psikopatolojik açıdan incelendiğinde, yüksek zarardan kaçınma, obsesif kompulsif, pasif-bağımlı ve pasif-agresif kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir. Düşük zarardan kaçınma ise antisosyal, histrionik ve şizoid kişilik bozukluklarıyla bağlantılı olarak değerlendirilmektedir (102).

2.3.1.1.3. Ödül bağımlılığı: Ödül bağımlılığı mizaç boyutunda ortalamanın üzerinde yer alan bireyler, yardımsever, başkalarından onay almaya yatkın, çalışkan, sempatik, duygusal yoğunluğu yüksek, çevresel uyaranlara karşı hassas ve ödül alma beklentisi ile hazzı erteleyebilen kişiler olarak tanımlanmaktadır.

Diğer taraftan, diğer mizaç boyutlarında ortalama düzeyde bulunan ancak ödül bağımlılığı boyutunda ortalamanın altında olan bireyler, sosyal konulara ilgisiz, kayıtsız, duygusal olarak mesafeli, pratik ve katı kişilik özellikleri sergilemektedirler. Bu kişiler, somut ödüllere daha duyarlıyken, olumlu sözel geri bildirimlere karşı duyarsız kalma eğilimindedirler. Ayrıca, tatmin olmadıklarını hissettikleri durumlarda hızlıca soğuma ve bu bağlamları sonlandırma eğilimindedirler (101).

Psikopatolojik açıdan incelendiğinde, yüksek ödül bağımlılığı pasif-bağımlı, histrionik ve pasif-agresif kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilirken, düşük ödül

bağımlılığı obsesif kompulsif, antisosyal ve şizoid kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir (102).

2.3.1.1.4. Sebat etme: Sebat etme kavramı, bireyin engellenme ve yorgunluğa rağmen direnme eğilimini ifade ederken, başlangıçta ödül bağımlılığının bir bileşeni olarak görülmüş, ancak çalışmalarla ayrı bir mizaç boyutu olarak ele alınmıştır.

Sebat etme eğilimi yüksek olan kişiler, ödül eksikliğinde bile kararlılıkla çalışmaya devam etmekte, engellenme ve yorgunluğu bir meydan okuma olarak görüp kolayca pes etmemektedirler. Eleştirilme veya hatalarla karşılaştıklarında daha fazla çaba sarf ederler. Sebat etme eğilimi düşük olan kişiler ise, ödül belirsiz olduğunda tembel ve pasif bir tavır sergilemekte, zorluklarla karşılaştıklarında kolayca vazgeçmektedirler (101).

2.3.2. Mizaç ve Yeme Bozukluğu İlişkisi

YB etiyojisi, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimini içeren çok yönlü bir yapıya sahiptir ve bu nedenle biyopsikososyal bir yaklaşımla ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (103,104). Cloninger'in Psikobiyolojik Mizaç ve Karakter Modeli (96), duygusal tepki ve düzenleme konusundaki bireysel farklılıkları tanımlamakta olup, mizaç birçok psikiyatrik bozukluk gibi YB gelişiminin biyolojik belirleyicilerinden biri olarak görülmektedir (98,105,106).

2014 yılına kadar yayımlanan 14 çalışmayı içeren bir meta-analizde, AN, BN ve TYB mizaç farklılıkları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, AN ve BN gruplarında sebat etme boyutunun, kontrol grubuna göre belirgin şekilde yüksek olduğu; yenilik arama boyutunun yalnızca BN grubunda yüksek olduğu ve zarardan kaçınma boyutunun tüm YB gruplarında anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (107). AN ve BN hastalarında zarardan kaçınma boyutunun yüksek olması, içe dönüklük ve utangaçlık gibi özelliklerin davranışa yansısıyla ilişkilendirilirken, BN'de yenilik arama boyutunun yüksekliği düzensizlik ve dürtüsellikle ilişkilendirilmiştir (108,109).

Bu sonuçlar, mizaç özelliklerinin YB'lerinin gelişiminde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Özellikle zarardan kaçınma ve sebat etme boyutlarının AN ve BN için risk oluşturduğu, BN'de yenilik arayışı mizaç boyutunun da etkili olduğu anlaşılmaktadır. Ancak, mizaç özelliklerinin yeme bozukluğunu tetikleyici başka

faktörlerle etkileşime girdiği düşünülmekte ve irrasyonel inançların bu süreçte kritik bir rol oynayabileceği öne sürülmektedir (110,111).

Mizaç boyutlarının yeme bozukluklarının gelişiminde bir risk faktörü olabileceği, ilgili literatürde ele alınmıştır. Ancak, ülkemizde bu mizaç özelliklerinin hangi irrasyonel inançları tetiklediği ve bu süreçle yeme bozukluğu riskini nasıl artırdığına dair yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmanın mizaç boyutlarının bahsedilen etkisini incelemek ile birlikte, uygulanan tedavi ve önleyici müdahale programlarında mizacın kişinin davranışlarına yansıyan etkilerine odaklanılmasının öneminin vurgulanacağı hedeflenmektedir.

2.4. RUMİNASYON

Literatürde ilk olarak 16. yüzyılda yer almış olan "ruminasyon" terimi, Latince'de (ruminare) "zihinsel olarak geviş getirmek"; Türkçe'de ise "bir düşüncenin sürekli olarak kişinin zihninde tekrarlanması" anlamına gelmektedir (112,113). Bu kavram genellikle depresyon ile ilişkilendirilmiş olup, kişinin olumsuz bir durumu çözmeye yönelik herhangi bir adım atmadan, sorunun nedenlerini ve var olan depresif duygudurumunu sürekli düşünmesi şeklinde tanımlanmaktadır (114).

Ruminasyon sürecinde kişi, negatif duygulara yol açan düşünceleri zihninde tekrar eder; ancak bu düşünceler genellikle çözüm üretmeye yönelik değildir. Kişi, durumun nedenleri ve sonuçları üzerinde dururken, çözüm geliştirmeye yönelik bir yol izlememekte ve bu durum ruminasyonu işlevsiz bir strateji haline getirmektedir (108). Ruminatif düşünme biçimine sahip bireylerin, içinde bulundukları olumsuz durumu ve bu durumun sonuçlarını tekrar tekrar düşündükleri, ancak harekete geçemedikleri öne sürülmektedir (112). Bu düşünme biçimi kişide olumsuz bir ruh hali yaratır ve sorun çözme motivasyonunu azaltır (114). Ruminasyon arttıkça, bireyler çözüm odaklı yaklaşımlardan uzaklaşır ve daha kötümser bir tavır geliştirir (112). Bu da kişinin daha üzgün ve endişeli bir hale gelmesine yol açar (113).

Ruminasyonun gelişim sürecini açıklayan çeşitli kuramlar, bireyin ruminatif düşünme eğiliminde birçok faktörün etkili olduğunu öne sürmekte, yapılan araştırmalar ise bu faktörlerden birinin mizaç farklılıkları olduğunu göstermektedir (116).

2.4.1. Ruminasyon ile Mizaç İlişkisi

Bireyin doğuştan getirdiği emosyonel eğilimi temsil eden mizaç, çeşitli boyutlardan oluşmakta ve bu boyutların birleşimi, kişinin genel mizaç özelliklerini şekillendirmektedir. Bu özellikler, bireyin bilişsel hassasiyetlerini etkileyerek bazı işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerine eğilim göstermesine yol açmaktadır. Örneğin, korku ve kaygı gibi duyguları daha yoğun yaşayan bireyler, stresli olaylar karşısında daha fazla negatif çıkarımlar yapmakta ve bu çıkarımlarla başa çıkmak için işlevsiz stratejiler kullanabilmektedirler (117).

Mizaç ile ruminasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, mizacın ruminatif düşünce eğiliminde önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (61,118). Özellikle zarardan kaçınma mizaç boyutunun yüksek seviyelerde olması, bireyin potansiyel tehdit olarak algıladığı durumlara karşı tetikte olmasına ve olumsuz sonuçları önceden tahmin etme eğilimine yol açmaktadır; bu da ruminatif düşünceleri sonlandırmada güçlük yaşamasına neden olmaktadır. (118). Mizacın etkisiyle artan ruminasyon, bireyin kendilik algısını etkileyerek beden algısında bozulmalara yol açabilmektedir. Bu bağlamda, beden memnuniyetsizliği ile ruminatif düşünme eğilimlerinin birleşimi, bireyin görünüşüne dair kaygılarını artırarak beden algısı bozukluğu gibi patolojilerin gelişmesine zemin hazırlamaktadır (119). Özellikle YB'ye özgü ruminasyonun beden memnuniyetsizliği ile olan ilişkisini anlamak, YB ile mücadelede kritik bir rol oynamaktadır.

2.5. BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ

Beden memnuniyetsizliği, bireyin kendi vücudu hakkındaki olumsuz düşüncelerini veya duygularını ifade etmektedir. Kişinin kendi vücudu ile ideal vücut tipi arasındaki farkı yansıtan beden memnuniyetsizliği, vücudun belirli bir kısmına yönelik olabileceği gibi, tüm vücut şekline ya da kiloya yönelik de yaşanabilmektedir (120,121). Yapılan çalışmalara göre, kadınlarda özellikle ergenlik döneminden itibaren beden memnuniyetsizliği her yaşta görülmekte ve bu oran, erkeklerde görülme oranının yaklaşık iki katı olarak rapor edilmektedir (122,123).

Beden memnuniyetsizliğinin gelişiminde, görünüm baskıları, toplumsal standartları içselleştirme, bu standartlara dayalı karşılaştırmalar ve toplumsal olarak

belirlenmiş g z ll k ideallerine uyma gereksinimi gibi farklı risk faktörleri etkin rol oynamaktadır (124).

Son yıllarda, beden memnuniyetsizliğini açıklamaya yönelik olarak özbenlik çelişkisi teorisi (self-discrepancy theory) kullanılmaktadır. Bu teori, bireyin gerçek benliğini, i selle tirilmi  standartlar ya da idealize edilmiş benlik algısı ile kıyasladığını  ne sürmektedir. Gerçek ve ideal beden imajı arasındaki bu çelişkinin gelişiminde işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri önemli bir rol oynamaktadır (125).

Etiyoloji ve risk faktörleri bölümünde de belirtildiği gibi, beden memnuniyetsizliği yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır. Kişi, idealize ettiği beden imajına ulaşmak amacıyla gıda alımını kısıtlama, sağıksız ve katı diyetler uygulama eğiliminde olabilmektedir. Bu mekanizma, yapılan çalışmalarla da desteklenmiş olup, beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluklarında kilit rol oynadığı kanıtlanmıştır (126).

2.6. BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ, RUMİNASYON VE MİZAÇ İLİŞKİSİ

İşlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinden biri olarak kabul edilen ruminasyon, kişinin bedenine yönelik olumsuz düşünceler ve değerlendirmeler geliştirmesine ve sürdürmesine neden olmaktadır (127). Beden memnuniyetsizliği, kişinin beden imajına ilişkin olumsuz yargıları içermektedir. Ruminasyonun doğasında bulunan tekrarlayıcı ve olumsuz dikkat biçimi, beden memnuniyetsizliği oluşumunun temelinde önemli bir rol oynamaktadır (119).

Doksandokuz kadın lisans öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, katılımcılara beden imajıyla ilgili negatif bir senaryo okunurken, bir gruptan düşüncelerine; diğer gruptan ise farklı bir duruma odaklanmaları istenmiştir. D   ncelerine odaklanan ve ruminasyon yapan grubun beden memnuniyetsizliği ve kaygı düzeylerinin arttığı gözlemlenmiş ve bu durum ruminasyonun beden memnuniyetsizliğinin gelişiminde etkili olduğunu göstermiştir (128). Benzer şekilde, bir başka çalışmada, kadın  niversite  ğrencilerinin sosyal medyadaki idealize edilmiş modellerle kendilerini kar ıla tırmalarının, kilo ve görünüş memnuniyetlerini olumsuz etkilediği ve bu ilişkide ruminasyonun aracı rol oynadığı belirlenmiştir (129).

Tüm bunlara ek olarak, YB yatkınlığı olan bireylerin ruminatif düşüncelerinin odağı, çoğunlukla yeme, beden şekli ve kilo gibi temalar olmaktadır. Bu temaların içeriğini barındıran ruminatif düşünceler, son yıllarda "yeme bozukluklarına özgü ruminasyon" (YB'ye özgü ruminasyon) olarak adlandırılmaya başlanmıştır (130). YB'ye özgü ruminasyon üzerine yapılmış olan bir çalışmaya göre, AN tanısı almış bireylerin, sağlıklı gruba kıyasla, YB'ye özgü ruminasyon düzeylerinin belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (131). Benzer şekilde, YB'ye özgü ruminasyon üzerine sağlıklı bireylerle yapılan bir başka çalışmada, YB'ye özgü ruminasyondaki artışın, bireylerde bozulmuş yeme davranışı ile ilişkili olduğu görülmüştür (132).

Ruminatif düşünme biçimi, "Ruminasyon ile Mizaç İlişkisi" başlığında da ele alındığı gibi, kişinin duygusal yönlerini temsil eden mizaç ile ilişkilendirilmektedir. Duygusal faktörler, bireyin beden görünümünden memnun olup olmamasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Abbate-Daga ve ark.'ın (133) çalışmasına göre, zarardan kaçınma mizaç boyutu yüksek olan, çekingenlik ve yoğun endişe yaşayan bireylerin, bedenlerine yönelik memnuniyet seviyeleri düşük bulunmuştur. Benzer şekilde, Jones ve ark.'ın (134) çalışmasında da, zarardan kaçınma boyutu yüksek bireylerin beden memnuniyetsizliklerinin yüksek olduğu ve bu durumun, zarardan kaçınma boyutunun kaygı ve korkuyla ilişkili olması nedeniyle beklenen bir sonuç olduğu ifade edilmiştir.

İlgili literatürde belirtildiği gibi, farklı mizaç tipleri bireyleri ruminatif düşünme eğilimine yatkın hale getirmekte, ruminasyon ise kişinin bedenine yönelik memnuniyetsizlik odağını artırarak YB geliştirme riskini yükseltmektedir (61). Yeme bozuklukları, geç teşhis edildiklerinde ya da tedavi edilmediklerinde yüksek morbidite oranlarına ve ciddi fiziksel komplikasyonlara yol açabilmektedir (135). Bu nedenle, mizaç tipleri, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği gibi birbiriyle etkileşimi yüksek olan risk faktörlerinin erken tespit edilmesi ve bu faktörlere yönelik müdahale stratejilerinin geliştirilmesi, morbidite oranlarını düşürme ve fiziksel sağlık üzerindeki olumsuz etkileri azaltmada kritik bir öneme sahiptir (136).

2.6.1. Yeme Bozuklukları Riskli Gruplarda Mizaç Tipleri, Ruminasyon ve Beden Memnuniyetsizliğinin Ölçümü

Yeme bozuklukları, bireylerin ruh sağlığını önemli ölçüde etkilediği gibi, yüksek morbidite ve olumsuz bedensel sağlık sonuçlarını da beraberinde getirmektedir (137). Bu

bozuklukların, kişilerin tanı alma aşamasına gelmeden önce tespit edilmesi, hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından büyük bir öneme sahiptir (39). Bu nedenle, yeme bozukluğu geliştirmede etkili olan faktörlerin güvenilir ve hızlı bir şekilde taranması, riskin saptanması açısından kritik bir rol oynamaktadır (130).

Bu bölümde, yeme bozukluğu riski taşıyan gruplarda ruminasyon, beden memnuniyetsizliği ve mizaç özelliklerinin ölçümünde kullanılan nörogörüntüleme, retrospektif değerlendirme ve ekolojik anlık değerlendirme gibi çeşitli tekniklerin kendine özgü avantajları ve sınırlılıkları ele alınacaktır.

2.6.1.1. Nörogörüntüleme çalışmaları: Nörogörüntüleme, beyin yapılarının ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği gibi süreçlerle ilişkisini incelemek için güçlü bir yöntem olarak kabul edilmektedir. YB hasta popülasyonunda yapılan çalışmalarda, ruminatif düşünme ile bilişsel kontrolden sorumlu olan dorsal anterior singulat korteks ve öz farkındalıkla ilgili precuneus arasında artan aktivite gözlemlenmiştir (139,140).

Beden memnuniyetsizliği ile ilgili araştırmalarda ise artan memnuniyetsizlikle paralel olarak insula, sensorimotor korteks ve anterior singulat korteks aktivitesinde değişiklikler tespit edilmiştir (141,142). Mizaç boyutlarının nöral ağ aktivasyonlarında da farklılıklar yaratabileceği öne sürülmektedir (143). Zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı mizaç boyutları, temporal lob ve orbitofrontal girus ile, yenilik arayışı mizaç boyutu ise substantia nigra ve temporal lobun bazı bölgeleri ile ilişkilendirilmiştir (144). Ayrıca, bulimik bireylerin zarardan kaçınma mizaç boyutu değerlerindeki artışa paralel olarak, anterior singulat korteks aktivitesinin yükseldiği görülmüştür (145).

Nörogörüntüleme çalışmalarının yüksek maliyet ve zaman gerektirmesi, kısıtlı örneklem nedeniyle genellenebilirliğinin zor olması ve YB gibi çok yönlü bozuklukların sadece beyin aktivitesi ile tam açıklanamaması bazı sınırlılıklar yaratmaktadır (146). Ayrıca, bu çalışmalar genellikle hasta popülasyonunda yapılmış olup, riskli bireylerde yeterince uygulanmamıştır, bu nokta da sonuçların genel popülasyonu tam olarak yansıtmadığı eleştirisine neden olmaktadır (147).

2.6.1.2. Özbildirim ölçekleri: Yeme bozukluklarının araştırılması ve taranmasında en yaygın kullanılan yöntemlerden biri özbildirim yöntemleridir. Bu yöntemler, geriye dönük taramayı detaylı biçimde ele alabilmek, anonimliği korumak ve zamandan tasarruf sağlamak açısından önemli bir araçtır (148). Mevcut çalışmada ele

alınan ruminasyon, beden memnuniyeti ve mizaç özelliklerini inceleyen pek çok araştırma, retrospektif değerlendirme sağlayan özbebildirim ölçekleriyle yapılandırılmıştır.

AN ve BN hastalarının mizaç farklılıklarını inceleyen çalışmalarda, bu kişilerin sağlıklı bireylere kıyasla zarardan kaçınma mizaç boyutunda yüksek puan aldıkları görülmüştür (105, 149). Ayrıca, BN'de yenilik arayışı boyutunun da yüksek olduğu belirtilmiş; ancak ödül bağımlılığı mizaç boyutuna ilişkin bulgular çelişkili kalmıştır (101,107).

AN patolojisine yönelik çalışmalarda ise kısıtlayıcı tip AN'de düşük yenilik arayışı ve yüksek ödül bağımlılığı mizaç boyutunu; tıknıma-çıkarma tip AN'de ise yüksek yenilik arayışı ve düşük ödül bağımlılığı mizaç boyutunu öne çıkarmaktadır (105). Ruminasyonun YB semptom düzeyi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda ise, ruminasyon artışının YB semptomlarını artırdığı saptanmıştır (150). Üçyüz YB riskli öğrenciyle yapılan bir başka çalışmada ise ruminasyonun yeme, vücut biçimi ve kilo ile ilgili kaygıları artırdığı bulunmuştur (64). Benzer şekilde YB'ye özgü ruminasyon üzerine özbebildirim ölçekleri aracılığıyla yapılandırılmış çalışmalara da “beden memnuniyetsizliği, ruminasyon ve mizaç ilişkisi” bölümünde yer verilmiştir (131,132); ancak bu çalışmalarda kullanılan "Yeme Bozukluklarına Özgü Ruminatif Tepkiler Ölçeği" (Ruminative Response Scale for Eating Disorders) ise Cowdrey ve Park (131) tarafından geliştirilmiş olup, henüz ülkemizde uyarlama çalışmaları yapılmamıştır. Bu nedenle, mevcut çalışmada söz konusu ölçek kullanılamamıştır. Ancak ölçeğin maddeleri, Ekolojik Anlık Değerlendirme yöntemi için farklı çalışmalarda kullanılmış ve geçerliliği kabul edilmiş bir soru havuzunda (<https://esmitemrepositoryinfo.com/>) bulunması sebebiyle, çalışmanın ikinci aşamasında anlık değerlendirmeler yoluyla kullanılmıştır (151).

Literatürde, beden memnuniyetsizliğine ilişkin, özbebildirim ölçekleri üzerinden yapılandırılmış detaylı incelemeler yapan çalışmalar da yer almaktadır. Yedi yüz seksen öğrenci ile yapılan bir çalışmada, beden memnuniyetsizliği yüksek olan kişilerin ruminasyona da yatkın oldukları ve bunun tıknırcasına yeme davranışını artırdığı saptanmıştır (152). Benzer şekilde, 5986 kişi ile yapılan bir çalışmada beden memnuniyetsizliğinin duygusal, kısıtlayıcı ve dışsal yeme davranışlarını arttırdığı görülmüştür (153).

Yukarıdaki bilgiler ışığında, mevcut çalışmada ele alınan her bir değişkenin, özbildirim ölçekleri aracılığıyla ölçülebildiği görülmektedir; ancak çalışmanın odaklandığı grup yeme bozukluğu riski taşıyan bireylerden oluştuğu için, yalnızca özbildirim ölçekleriyle elde edilecek veriler, daha kapsamlı ve zengin bir değerlendirme sağlama amacıyla desteklenmeye ihtiyaç duyabilir. Özellikle bu popülasyonda görülen ruminasyon, beden memnuniyetsizliği ve mizaç gibi dinamik değişkenlerin anlık değerlendirilmesi, daha kapsamlı ve doğru bir sonuç elde edilmesi adına büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, mevcut çalışmada özbildirim ölçeklerinden elde edilecek veriler Ekolojik Anlık Değerlendirme yöntemiyle desteklenecektir.

2.6.1.3. Ekolojik anlık değerlendirme: Ruh sağlığı bozukluklarının tanımlanması, etiyolojik ve sürdürücü faktörlerin belirlenmesi ile tedavi sürecinin planlanması, müdahale açısından kritik bir adımdır. Psikopatolojik belirtiler, günlük yaşamda duygu, düşünce ve davranışlara yansısı da, bu belirtileri yalnızca laboratuvar ortamında ya da görüşmelerde tespit etmek çoğu zaman zordur (154). Bu nedenle, araştırmacılar ve klinisyenler sıklıkla retrospektif özbildirim ölçeklerini kullanmaktadır. Ancak bu yaklaşımlar genellikle grup düzeyinde ortalamalara odaklanmakta ve bireyler arasındaki semptom farklılıklarını göz ardı edebilmektedir. Aynı tanıya sahip iki bireyin semptom deneyimlerinde önemli farklılıklar yaşaması, semptomları tetikleyen etkenlerin bireysel düzeyde haritalandırılmasına yönelik metodolojik yaklaşımlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Ekolojik Anlık Değerlendirme (EMA), bu sınırlılıkları aşmak için geliştirilmiş; bireylerin doğal ortamlarındaki davranış değişimlerini zaman içinde izlemeyi amaçlayan prospektif bir yöntemdir. Katılımcıların deneyimlerini, retrospektif ölçümlere kıyasla, yaşadıkları zamana daha yakın bir şekilde tekrar tekrar ölçerek daha güvenilir veriler sunmayı hedeflemektedir. "Ekolojik" yönü, katılımcıların güncel yaşantılarından bağlamsal verilerin elde edilmesini sağlarken, "anlık" yönü, günün farklı zamanlarında katılımcılara elektronik cihazlarla iletilen kısa anketlerle o anda yaşanan deneyimlere dayalı veri toplamayı içerir. Bu da , katılımcıların deneyim ve davranışlarının zamana ve duruma bağlı olarak nasıl değiştiğini incelemeyi mümkün kılar. EMA, geleneksel günlük tutma yöntemlerine göre daha yapılandırılmış bir ölçüm yöntemi sunmakta ve ölçüm sıklığı, içerik ve soru sayısı gibi parametrelerin araştırmacı tarafından belirlenmesine olanak tanımaktadır (155).

Literatürde, hem tanılı hem de sağlıklı gruplarda yeme davranışını inceleyen EMA çalışmaları bulunmaktadır. Kornacka ve ark.'ın (156) yaptığı bir çalışmada, anlık ruminasyonun, hem aşırı kilolu/obez yetişkinleri hem de sağlıklı bireyleri içeren bir örnekleme duygusal yeme davranışını öngördüğü bulunmuştur. Smith ve ark.'ın (157) sağlıklı örneklem ile yapmış oldukları bir başka çalışmada, ruminasyon ve negatif duyguların aşırı yeme davranışını artırdığı gösterilmiştir.

Öte yandan, Sala ve ark.'ın (158) YB tanısı almış bireylerle yaptığı bir çalışmada, ruminasyonun beden kontrol davranışlarını ve tartılma sıklığını artırdığı görülmüştür. Benzer şekilde, Smith ve ark.'ın (159) başka bir çalışmasında, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin YB semptomlarını artırdığı, yeme üzerindeki kontrol kaybı ve aşırı yeme davranışlarını tetiklediği saptanmıştır. Bu bulgular, EMA'nın ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği gibi yapıların dinamiklerini ele alabilen etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Yukarıda da örnekleri verildiği üzere son yıllarda yapılan çalışmalar, YB davranışlarının EMA ile incelenmesinin etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Araştırmalar, YB davranışlarının negatif duygularla tetiklendiğini ve geçici rahatlama sağladığını, bu nedenle işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin tedavi ve önlemede önemli olduğunu vurgulamaktadır (160). Ayrıca, beden memnuniyetsizliğinin YB riskini artırdığı, bu memnuniyetsizlikteki artışların özellikle kritik olduğu belirtilmiştir (161). Ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin YB risk gruplarında EMA ile incelenmesi, bu iki faktörün YB semptomlarının tetiklenmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığından, kişiye özgü tedavi ve önleme stratejilerinin geliştirilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu sebeple, mevcut çalışmada aynı kişiler üzerinden hem retrospektif ölçümler ile hem de EMA yöntemi ile zengin ve çoklu bir veri seti elde ederek literatürdeki çalışmalara bütüncül bir bakış açısı sağlamak hedeflenmiştir.

2.7. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

Bu çalışmanın temel amacı farklı mizaç türleri ile yeme semptomları arasındaki ilişkiyi anlamak ve bu ilişkide ruminasyon ile beden memnuniyetsizliğinin rolünü farklı ölçüm araçları ile incelemektir. Bu sayede yeme bozukluğu riskini yordayan bileşenlere daha bütüncül bir bakış açısı sağlanabilecektir.

Çalışmanın ilk aşamasında, ölçekler aracılığıyla ölçülen veriler ele alınacak ve yeme bozukluğu semptomlarını yordayan faktörler incelenecektir. Bu amaçla katılımcıların yeme bozukluğu düzeyleri farklı mizaç boyutları, ruminatif düşünce ve beden memnuniyeti düzeyleri ile olan ilişkisi incelenecektir.

Çalışmanın ikinci aşamasında ise anlık veriler toplanarak bireylerin yeme odaklı ruminatif düşünceleri ve beden memnuniyetsizliği şiddetlerinin YB semptom düzeylerine olan etkisi ölçülecektir. Durumsal bir değişken olduğundan ölçeklerle elde edilen kişilerin mizaç türlerine dair veriler de kullanılarak bozulmuş yeme davranışlarını yordayan faktörler araştırılacaktır. Böylelikle, ilk aşamada kullanılan geriye dönük değerlendirme ve ikinci aşamadaki anlık değerlendirme üzerinden katılımcılara ait elde edilmiş olan verilerin karşılaştırılabilmesi mümkün olacaktır.

Bahsedilen tüm ölçümler, sağlıklı grup ile yeme bozukluğu riski taşıyan grup arasında karşılaştırılacak ve incelenen farklılıklar yorumlanacaktır.

Çalışmanın ilk aşaması için değerlendirilecek araştırma soruları ve hipotezleri şu şekildedir:

1. Sağlıklı ve Riskli Grup katılımcılarının YB semptom düzeyleri, mizaç boyutu düzeyleri, ruminasyon düzeyleri ve beden memnuniyetsizliği düzeyleri arasında fark var mıdır?

H₁: Risk Grubu katılımcılarının YB semptom düzeyi, zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeyi, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeyleri sağlıklı grup katılımcılarına göre daha yüksektir.

2. Sağlıklı ve Riskli Grup katılımcıları arasında EMA ile ölçülen yeme bozukluklarına özgü ruminasyon düzeyi anlık ölçümler ortalaması bakımından fark var mıdır?

H₁: YB Risk Grubu katılımcılarının yeme bozukluklarına özgü ruminasyon düzeyi ortalaması sağlıklı gruba göre daha yüksektir.

3. Sağlıklı ve Riskli Grup katılımcıları arasında EMA ile ölçülen beden memnuniyeti düzeyi anlık ölçümler ortalaması bakımından fark var mıdır?

H₁: Riskli Grup katılımcılarının beden memnuniyeti düzeyi ortalaması sağlıklı gruba göre daha düşüktür.

4. Riskli Grup katılımcılarının mizaç boyutu düzeyleri, YB semptom düzeylerini yordamakta mıdır?

H₁: Riskli Grup katılımcılarının zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeyleri, YB semptom düzeylerini yordamaktadır.

5. Riskli Grup katılımcılarının mizaç boyutu düzeyleri ile YB semptom düzeyleri arasındaki ilişkiye ruminasyon ile beden memnuniyetsizliği düzeyleri aracı rol oynamakta mıdır?

H₁: Riskli Grup katılımcılarının zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeyleri ile YB semptom düzeyleri arasındaki ilişkisine, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeyleri seri aracılık etmektedir.

6. Sağlıklı ve riskli grup katılımcılarının EMA ile ölçülen yeme bozukluklarına özgü ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeylerinin anlık ölçümler ortalamaları ve mizaç boyutu düzeyleri YB semptom düzeylerinin anlık ölçümler ortalamasını yordamakta mıdır?

H₁: Zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeyi ile EMA ile ölçülen yeme bozukluklarına özgü ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeylerinin anlık ölçümler ortalamaları, Risk Grubunun YB semptom düzeylerinin anlık ölçümler ortalamasını yordamaktadır.

Tüm hipotezler, sebat etme, ödül bağımlılığı ve yenilik arayışı mizaç boyutu düzeyleri ile tekrarlanarak keşifsel analizler yürütülerek raporlanacaktır.

İlgili literatür göz önüne alındığında tüm alternatif hipotezlerin desteklenmesi beklenmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Mevcut çalışma kapsamında yapılmış olan araştırmanın aşamalarının tamamı Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun olarak, katılımcıların esenliğini ve haklarını koruyacak şekilde planlanmış olup; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 10.06.2022 tarihli toplantıda onaylanmıştır (Evrak tarihi-sayısı: 10.06.2022-9540, bakınız Ek-1). Araştırmanın verileri, Aralık 2022- Kasım 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Bahsedilen tarih aralığı içerisinde gerçekleşmiş olan, Kahramanmaraş ve çevre illerini etkileyen 6 Şubat 2023 tarihli deprem felaketinden dolayı, katılımcıların olası sahip olabileceği akut stres belirtileri ve travma sonrası stres belirtilerinin çalışma sonuçlarında istenmeyen karıştırıcı bir etki yaratmaması için veri toplama süreci 6 Şubat- 20 Mart 2023 tarihleri arasında duraklatılmıştır.

Çalışmanın ilk ve ikinci aşamalarına dair bilgiler aşağıda farklı bölümlerde sunulmuştur.

3.1. BİRİNCİ AŞAMA

3.1.1. Örneklem Yöntemi

Araştırmanın ilk aşamasının genel evrenini, 18-25 yaş aralığında, okuryazar olan, hamile olmayan; tanı ve tedavi geçmişinde yaygın gelişimsel bozukluk, nörogelişimsel bozukluk, nörobilişsel bozukluk, psikotik bozukluk, madde kullanım bozukluğu, kafa travması öyküsü ve tedavi edilemeyen görme engeli olmayan kadınlar oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanması amacıyla G-Power programı kullanılmıştır. Hesaplama, yordayıcı değişken sayısı göz önünde bulundurularak, ana hipoteze çoklu regresyon analizi uygulanacak şekilde kurgulanmıştır. Yapılan hesaplama göre etki büyüklüğünün .05 (küçük etki), güç değerinin .95, ve Alpha değerinin .05 olarak kabul edildiği şekilde, toplam 240 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. Hedeflenen örneklem, kartopu örneklem yöntemi ile kullanılarak elde edilmiş ve çalışmaya 243 kişi dahil edilmiştir. Araştırma öncesinde tüm katılımcılardan yazılı onam alınmıştır (Bakınız, Ek-2).

3.1.2. Özbildirim Ölçekleri

Araştırmanın ilk aşamasında katılımcılar, araştırma koşullarına olan uygunluklarını değerlendirmek ve dışlama kriterlerini kontrol etmek amacıyla demografik bilgi formunu (Bakınız, Ek-3) REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği'ni, Mizaç ve Karakter Envanteri'ni, Ruminatif Tepkiler Ölçeği'ni ve Beden Memnuniyeti Ölçeği'ni, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği'ni ve Beck Depresyon Ölçeği'ni, online olarak Qualtrics platformu üzerinden (<https://www.qualtrics.com/>) doldurmuşlardır. Ölçeklerin tamamlanmasının ortalama 20 dakika süreceği öngörülmüştür.

3.1.2.1. REZZY yeme bozuklukları ölçeği (SCOFF): Yeme bozukluğu riskini tarama amacıyla Hill ve ark. (162) tarafından geliştirilmiş. Toplam 5 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğinde her bir madde, “evet” ya da “hayır” olarak yanıtlanmaktadır. “Evet” şeklinde yanıtlanan her maddeye 1 puan verilerek toplamda 2 ve üzeri alan kişileri yeme bozukluğu açısından riskli olarak kabul edilmektedir.

Ülkemizde Aydemir, Köksal, Sapmaz ve Yüceyar (163) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve ölçeğin Cronbach's alpha değeri .74 olarak belirlenmiştir.

REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği çeşitli çalışmalar tarafından AN ve BN gelişimine yol açabilecek riskli davranışları belirlemede bir araç olarak kullanılmıştır (164,165,166,167,168). Bu çalışmada da örneklemdaki kişilerin YB risklerini taramak amacıyla kullanılacaktır.

İlgili ölçeğin maddeleri ekte yer almaktadır (Bakınız, Ek-4)

3.1.2.2. Mizaç ve karakter envanteri: Cloninger tarafından psikobiyolojik kişilik modelinde tanımlanmış olan, mizaç (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve karakter (kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma) boyutlarını ölçmek amacıyla geliştirilen bir özbildirim ölçeğidir (98).

Ölçek, “doğru” ya da “yanlış” şeklinde doldurulan 240 maddeli bir formdur. Ölçeğin mizaç boyutunda, Yenilik Arayışı (NS) 4 alt ölçek, Ödül Bağımlılığı (RD) 4 alt ölçek, Zarardan Kaçınma (HA) 4 alt ölçek; karakter boyutunda ise, Kendini Yönetme (SD) 5 alt ölçek, İşbirliği Yapma (C) 5 alt ölçek, Kendini Aşma 3 alt ölçek içermektedir. Ölçekler, alt

ölçeklerin toplamından oluşmaktadır (Örneğin: HA= HA1 + HA2 + HA3 + HA4). Bu çalışmada kullanılmış olan mizaç boyutu alt ölçekleri ve içerikleri şu şekildedir:

Yenilik Arayışı (NS- 40 madde): Keşfetmekten heyecan duyma (NS1, 11 madde), Dürtüsellik (NS2, 10 madde), Savurganlık (NS3, 9 madde), Düzensizlik (NS4, 10 madde).

Zarardan Kaçınma (HA, 35 madde): Beklenti endişesi (HA1,11 madde), Belirsizlik korkusu (HA2, 7 madde), Yabancılardan çekinme (HA3, 8 madde), Çabuk yorulma ve dermansızlık (HA4, 9 madde).

Ödül Bağımlılığı (RD, 24 madde): Duygusallık (RD1, 10 madde), Bağlanma (RD3, 8 madde), Bağımlılık (RD4, 6 madde).

Sebat etme (P, 8 madde), alt ölçeği olmayan tek mizaç ölçeğidir.

Mizaç ve Karakter Envanteri, 2001 yılında Köse ve ark. (169) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ülkemizde yapılmış olan geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, Köse ve ark. (169) mizaç boyutlarının Cronbach's alpha değerini .60-.85, karakter boyutlarını ise .82-.83 aralığında olduğunu; Arkar ve ark. (101) ise bu aralığı mizaç boyutları için .55-.85, karakter boyutları için ise .80-.84 şeklinde belirtmiştir.

Bu çalışma, mizaç üzerine kurgulandığı için karakter boyutunu ölçmek amacıyla planlanmış maddeler envanter üzerinden ayıklanmış ve yalnızca mizaç boyutunu ölçmek amacıyla kullanılan maddelerden oluşan bir form oluşturulmuştur. İlgili ölçeğin maddeleri ekte yer almaktadır (Bakınız, Ek-5)

3.1.2.3. Ruminatif tepkiler ölçeği kısa formu: Uzun formda bulunan depresif belirtilerle benzerliğinden ötürü tartışılan 12 maddenin çıkarılmasıyla Treynor ve ark. (170) tarafından kişinin karşılanmamış beklentileri ile mevcut durumu arasında pasif şekilde kıyaslama yapmayı temsil eden “saplantılı düşünme” ve zorlukların üstesinden gelmek adına yapılan zihinsel çabayı temsil eden “derinlemesine düşünme” alt boyutlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 4'lü Likert tipi 10 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puanlandırılarak toplam puan elde edilmektedir. Elde edilen puanın yükselişi ruminasyon eğilimindeki artışı göstermektedir.

Ölçek, uzun formu ile yüksek korelasyon göstermektedir ($r=0,90$). Ülkemizde uyarlama çalışması Erdur-Baker ve Bugay (171) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's

alpha değeri toplamı için .85, derinlemesine düşünme alt boyutu için .72 ve saplantılı düşünme alt boyutu için .77 şeklinde belirtilmiştir.

İlgili ölçeğin maddeleri ekte yer almaktadır (Bakınız, Ek-6)

3.1.2.4. Beden memnuniyeti ölçeği: Avalos ve ark. (172) tarafından geliştirilmiş, Bakalım ve Taşdelen-Karçkay (173) tarafından Türkçeye uyarlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 5’li Likert tipi, “beden memnuniyeti” ve “beden imajı” şeklinde 2 alt boyutu inceleyen 9 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 1 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. Toplam puanın yükselmesi, kişinin beden memnuniyetindeki artışı ifade eder. Bu çalışmada toplam puanın azalması, operasyonel olarak beden memnuniyetsizlik seviyesinin artışı olarak tanımlanmıştır

Ölçeğin Cronbach’s alpha değeri ölçeğin toplamı için .87, beden memnuniyeti alt ölçeği için .89 ve beden imajı alt ölçeği için .62 olarak saptanmıştır.

İlgili ölçeğin maddeleri ekte yer almaktadır (Bakınız, Ek-7)

3.1.2.6. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği: Fairburn ve Cooper (174) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu’nu Değerlendirme Görüşmesi’nin öz bildirim formu olarak hazırlanmış olan Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, Fairburn ve Beglin (175) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde, Yücel ve ark. (176) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin amacı, yeme patolojisinin artışı saptamaktır. Ölçek kısıtlama (K), tıknırcasına yeme (TY), yemeyle ilgili endişeler (YİE), kiloyla ilgili endişeler (KİE) ve beden şekli ile ilgili endişeler (BİE) olmak üzere 5 alt boyut, toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi yeme patolojisindeki artış durumunu yansıtmaktadır. Yücel ve ark. (176) tarafından ölçeğin Cronbach’s alpha değeri .93 olarak saptanmıştır.

İlgili ölçeğin maddeleri ekte yer almaktadır (Bakınız, Ek-8)

3.1.2.6. Beck depresyon ölçeği: 1961 yılında, ergen ve yetişkinlerde depresyon düzeyini saptamak amacıyla, Beck ve ark. (177) tarafından geliştirilmiştir. Öz bildirim dayalı 21 maddeden oluşan 4’lü Likert tipi ölçüm aracına dayanmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır ve ölçek üzerinden alınan skorun artması, depresyon şiddetinin arttığını göstermektedir (178). Ülkemizdeki uyarlama çalışmaları ise Hisli tarafından yapılmıştır (179).

İlgili ölçeğin maddeleri ekte yer almaktadır (Bakınız, Ek-9).

3.2.1. Örneklem Yöntemi

Araştırmanın ikinci aşamasında örneklem, basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. İlk aşamada sunulan demografik form ve envanterleri eksiksiz dolduran ve ikinci aşamaya katılmayı kabul eden katılımcılar ikinci aşamanın örneklemini oluşturmuştur. İlk aşamanın örnekleminde 18-25 yaş aralığında, okuryazar olan; hamile olmayan ve tanı veya tedavi geçmişinde yaygın gelişimsel bozukluk, nörogelişimsel bozukluk, nörobilişsel bozukluk, psikotik bozukluk, madde kullanım bozukluğu, kafa travması öyküsü veya tedavi edilemeyen görme engeli olmayan kadınların yer alması hedeflenmiştir. Bu bağlamda katılımcılardan demografik bilgi formu, REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri, Ruminatif Tepkiler Ölçeği, Beden Memnuniyeti Ölçeği, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri'ni doldurmaları istenmiştir. İlk aşamada katılım gösteren 243 katılımcıdan 65'i ikinci aşamaya katılmayı kabul ederek e-posta ile bildirimde bulunmuş, ancak bu katılımcılardan yalnızca 31'i ikinci aşamayı tamamlamıştır.

Wrzus ve Neubauer (180), tarafından yapılan 477 EMA çalışmasını kapsayan meta analiz, çalışma süresinin uzunluğunun (14 günden fazla) katılımcıların çalışmayı tamamlama oranlarını olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Ayrıca, aynı meta-analiz çalışması, teşvik unsurlarının katılımcıların çalışmayı tamamlama oranlarını önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Bu bulgular ışığında, mevcut çalışma 13 gün olarak planlanmış ve katılımcılardan uygulama üzerinden gönderilecek toplam 91 anketten en az 70'ini tamamlamaları halinde, yeme davranışlarının hangi durumlarda değişiklik gösterdiğine dair detaylı bir rapor sunulacağı belirtilerek teşvik edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü, R yazılımı destekli Shiny App programı üzerinden hesaplanmıştır. Çoklu regresyon modelleme analizi yapılabilmesi için grup, zaman ve grup-zaman etkileşim değişkenleri .35 (orta büyüklük) etki büyüklüğü, güç değeri .95 ve Alpha değeri .05 kabul edilerek, toplam 30 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

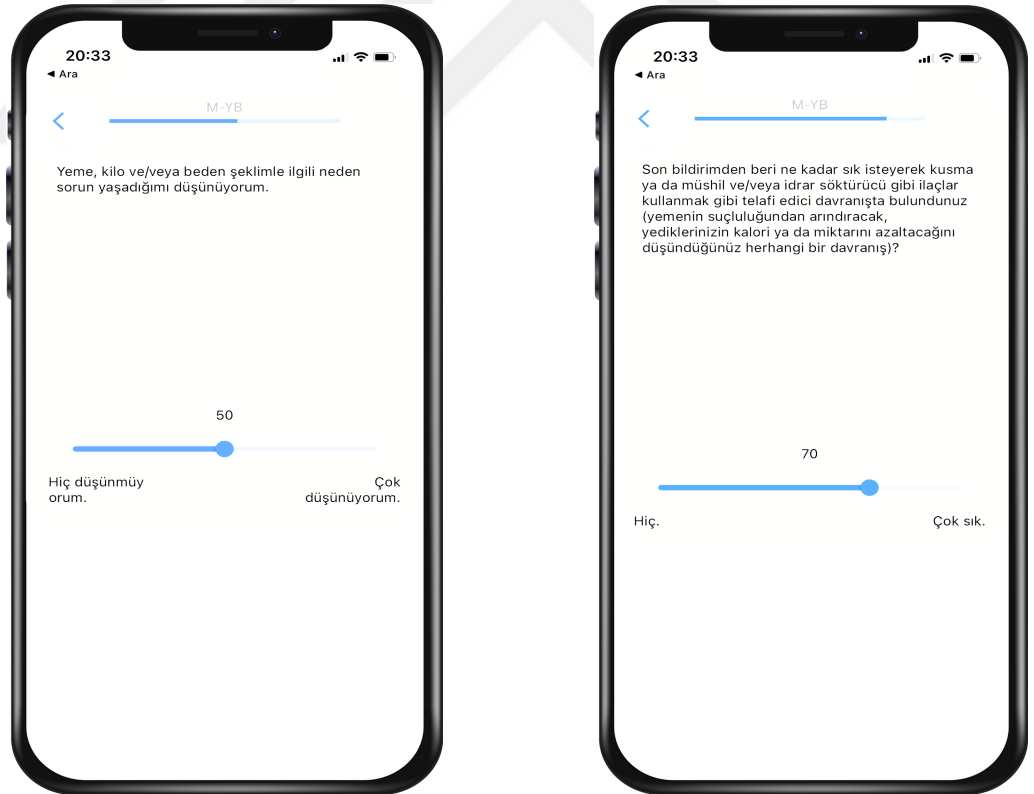
Katılımcılar, ilk aşamada doldurdukları REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği skorlarına göre gruplandırılmıştır. Ölçekten 2 ve üzeri puan alanlar "YB Risk Grubu," 2'den düşük puan alanlar ise "Sağlıklı Grup" olarak tanımlanmıştır. Bu doğrultuda, çalışmanın hipotezlerinde belirtilen tüm karşılaştırmalar bu iki grup arasında yapılacaktır.

3.2.2. Ekolojik Anlık Değerlendirme Ölçümleri

Çalışmanın ikinci aşamasını oluşturan EMA (Ekolojik Anlık Değerlendirme) basamağında, katılımcılara kullanım kolaylığı sağlamak ve veri gizliliğini güvence altına almak amacıyla teknik olarak konforlu bir arayüz sunan, Türkçe dil desteğine sahip bir uygulama seçimi hedeflenmiştir. Bu amaç doğrultusunda, Myin-Germeyns ve Kuppens (181) tarafından özetlenen 28 farklı EMA uygulaması ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu incelemede yalnızca iki uygulamanın, m-Path (182) ve PACO (183) Türkçe dil desteği sağladığı belirlenmiş, ancak yalnızca m-Path uygulamasının aktif destek sağladığı anlaşılmıştır. M-Path uygulaması, kullanıcılar açısından karmaşık olmayan yapısı, kayıt aşamasında telefon numarası, e-posta ve isim gibi kişisel bilgilere erişim gerektirmeden anonimliği koruyabilmesi, akıllı telefonlarda internet kesintisi yaşandığı durumda katılımcıya anketi doldurma imkanı sağlayabilmesi; araştırmacı açısından ise çalışmaya uygun özel soru biçimlerine imkan tanınması, katılımcıya anketi anımsatma süresini planlayabilmek gibi esnek imkanlar tanıyor olması ve teknik destek ekibine rahatça erişilebilir olması bakımından bu çalışma için uygun görülmüştür (182).

Çalışmanın ilk aşamasına katılan 243 katılımcıya ikinci aşamaya katılmayı kabul etme ihtimallerine karşın anonimlik hallerini sürdürebilmeleri adına verilen yönergelerle uyarak bir kod oluşturmaları talep edilmiştir. Bu katılımcılardan 31'i ikinci aşamaya katılmayı kabul etmiş ve kendilerinden ilk aşamada oluşturmuş oldukları kod ile m-Path uygulamasına kayıt olmaları talep edilmiştir. Katılımcılara, uygulamaya nasıl kayıt olunacağı, uygulamanın kullanımı ve çalışmanın ilerleyişi hakkında bilgi sağlayan bir broşür ve bu broşürün açıklamalarını içeren bir e-posta gönderilmiştir. Aynı e-posta aracılığıyla, çalışmaya katılmak istedikleri dönemi seçmeleri ve anket bildirim saatlerinin düzenlenebilmesi için hafta içi ve hafta sonu uyku-uyanıklık saatlerini bildirmeleri talep edilmiştir. Katılımcıların bu bilgileri araştırmacıya ilemesiyle birlikte, sisteme tanımlanan bilgiler doğrultusunda 13 gün boyunca günde 7 kez (toplam 91 kez) rastgele zamanlarda bildirim gönderilmiştir. Katılımcıların akıllı telefonlarına gelen anket soru sayfası görüntüsü örneği Resim x'te verilmiştir. Katılımcılardan, bildirim aldıktan sonraki 30 dakika içinde anketleri yanıtlamaları beklenmiştir. Bu süreyi kaçırmamaları adına, ilk bildirimin ardından 15. dakikada bir hatırlatma bildirimi daha gönderilmiştir. Katılımcıların, anketlerin %75'ini tamamlamaları çalışmayı başarıyla tamamladıkları anlamına gelirken, bu oranın altında kalan katılımcıların yanıtları analiz sürecine dahil edilmemiştir.

EMA aşamasında, katılımcılara iletilen 13 gün süresince tüm anketler aynı içerikten oluşmuştur. Anketlerin içeriğini oluşturan tüm sorular, EMA ölçümlü farklı çalışmalarca kullanılmış ve geçerliliği kabul edilmiş maddelerin olduğu bir soru havuzundan (<https://esmitemrepositoryinfo.com/>) seçilmiştir (151). Katılımcıların motivasyonunu koruyarak verimliliği artırmak amacıyla, anket başına düşen soru sayısı Morren ve ark. (2009) tarafından önerildiği üzere 30 soruyu aşmayacak şekilde düzenlenmiştir. Anketlerin içeriğindeki sorular ekteki EK-10'da sunulmuştur. Anketlerde, katılımcıların anlık duygulanımları, içinde bulundukları aktivite türü, ruminatif düşünce, yeme bozukluklarına özgü ruminatif düşünce ve beden memnuniyeti düzeyleri ile YB semptom düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın bu aşamasını tamamlamış olan katılımcılara teşekkür yazısı uygulama üzerinden iletilmiş; çalışma öncesinde de belirtildiği gibi teşvik amacıyla hazırlanmış olan yeme davranışı raporu, talep etmiş olan katılımcılara e-posta yolu ile iletilmiştir.



Şekil 3.1: Katılımcıların akıllı telefonlarına uygulama üzerinden gönderilen anket soruları örnek görüntüsü.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ YÖNTEMLERİ

Çalışma kapsamında toplanması hedeflenen veriler, Qualtrics ve m-Path platformları aracılığıyla elde edilmiştir. Qualtrics platformu aracılığıyla elde edilen verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS 23; m-Path platformu aracılığıyla elde edilen verilerin analizi için R İstatistik Programı (184) kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerinin analizi için betimsel istatistik yöntemleri, Mann Whitney U testi ve Ki-Kare testi kullanılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılmış olan tüm ölçeklerin Cronbach's Alpha değerleri hesaplanmış ve analiz aşamasının ön koşulunu sağlayıp sağlamadığı değerlendirilmiştir. Yapılan kontrollerin ardından parametrik ya da parametrik olmayan test uygulamaları için seçimler yapılmıştır. Verilerin normal dağılımına uygunluğunu değerlendirmek için, basıklık ve çarpıklık değer aralığı -2 ile +2 aralığı olarak kabul edilmiştir (185). Korelasyon analizleri için Pearson Çarpım-Moment Korelasyonu testi kullanılmıştır. Gruplardaki katılımcıların mizaç boyutları (bağımsız değişken) ve YB semptom düzeylerinin (bağımlı değişkenler) karşılaştırılacağı tüm hipotezler bağımsız örneklem t-testi ile araştırılmıştır. Risk Grubu ve Sağlıklı Grup katılımcılarının ruminasyon, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin, YB semptom düzeylerini (sonuç değişkenleri) yordayıp yordamadığını test etmek için Çoklu Doğrusal Regresyon analizleri yürütülmüştür. Sonuçlar aksi belirtilmediği takdirde %95 güven aralığında, istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyi kabul edilerek raporlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. BİRİNCİ AŞAMA

4.1.1. Katılımcılar

Anket çalışmasına 261 kişi katılım göstermiş, çalışmayı tamamlamayan 18 kişinin verileri yapılan analizlere dahil edilmemiştir. Çalışmanın analizleri, 18-25 yaş arası tamamı kadın katılımcılardan oluşan toplam 243 kişinin tamamlamış olduğu veri seti üzerinden gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların tamamından, karakteristik özelliklerini incelemek amacıyla ilk olarak kendilerine sunulan demografik bilgi formunu yanıtlamaları talep edilmiştir. Katılımcıların genel demografik özellikleri Tablo 4.1’de paylaşılmıştır.

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Eğitim Seviyesi		
Lise	64	26,3
Üniversite	139	57,2
Yüksek Lisans	40	16,5
Medeni Durumu		
Evli	18	7,4
Bekar ve ilişkisi var	128	52,7
Bekar ve ilişkisi yok	97	39,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	191	78,6
Çalışmıyor	52	21,4
Aylık Gelir (TL/ay)*		
Düzensiz	48	19,7
0-7000 TL	47	19,3
7001-14000 TL	43	17,7
14001- 18000 TL	43	17,7
18001 ve üstü	62	25,5

Not. N= 243. *2023 yılı sonu itibariyle net asgari ücret 17 002 TL olarak belirlenmiştir.

4.1.2. Ölçeklerin Betimsel Analizleri

Demografik bilgi formunu doldurmalarının akabinde, katılımcılardan REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri- Mizaç Alt Ölçekleri, Ruminatif Tepkiler Ölçeği- Kısa Formu, Beden Memnuniyeti Ölçeği, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği sunulmuş ve katılımcılardan ölçeklerin tamamını yanıtlamaları talep edilmiştir.

Elde edilen verilere göre katılımcıların REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği toplam skoru ortalaması 1.88 (SS = 1.64) ile YB risk eşiği olarak kabul edilen 2 puanından düşük bulunmuştur. Mizaç özellikleri için kullanılmış olan Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Zarardan Kaçınma Alt Ölçeği toplam skor ortalaması 15.53 (SS = 3.7); Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeği toplam skor ortalaması 15.69 (SS = 4.2); Yenilik Arayışı Alt Ölçeği toplam skor ortalaması 22 (SS = 4.1) ve son olarak Sebat Etme Alt Ölçeği skor ortalaması 5 (SS = .09) olarak bulunmuştur. Katılımcıların Ruminatif Tepkiler Ölçeği- Kısa Formu toplam skor ortalaması 19.95 (SS = 8.9), Beden Memnuniyeti Ölçeği toplam skor ortalaması ise 22.94'dir (SS = 4.1). Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği toplam skor ortalaması 16.9'dur (SS = 9.1). Son olarak, Beck Depresyon Ölçeği bulgularına bakıldığında ise katılımcıların ortalamalarının 20.4 (SS = 10.2) olduğu saptanmıştır. Ölçek skorlarına dair betimsel istatistikler Tablo 4.2'de paylaşılmıştır.

Tablo 4.2: Ölçek skorlarının betimsel analizleri

Ölçek	Minimum	Maksimum	Ort	SS	Cronbach alpha
REZZY	1	36	12.66	6.59	.726
MKE-ZK	0	47	13.79	8.98	.658
MKE-ÖB	8	32	16.23	4.71	.635
MKE-YA	6	24	16.00	4.25	.638
MKE-SE	1	7	5.00	.09	.614
RTÖ-KF	3	12	9.09	1.96	.830
BMÖ	10	49	27.65	6.79	.948
YBDÖ	3	37	16.92	9.14	.957
Kısıtlama	0	35	13,62	8.88	.841
Biçim Kaygısı	3	56	28,39	15.47	.913
Kilo Kaygısı	1	35	16,72	9.50	.845
Yeme Kaygısı	2	35	12,87	8.37	.832
BDÖ	1	7	20,46	10.27	.818

Not. N = 243,

Not. REZZY: REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği Toplam Skoru,
MKE-ZK: Mizaç ve Karakter Envanteri- Zarardan Kaçınma Alt Ölçeği Toplam Skoru,
MKE-ÖB: Mizaç ve Karakter Envanteri- Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeği Toplam Skoru,
MKE-YA: Mizaç ve Karakter Envanteri- Yenilik Arayışı Alt Ölçeği Toplam Skoru,
MKE-SE: Mizaç ve Karakter Envanteri- Sebat Etme Alt Ölçeği Toplam Skoru,
RTÖ-KF: Ruminatif Tepkiler Ölçeği- Kısa Formu Toplam Skoru,
BMÖ: Beden Memnuniyeti Ölçeği Toplam Skoru,
YBDÖ: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam Skoru,
BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Skoru.

4.1.3. Sağlıklı ve Riskli Grubun Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Çalışmada uygulanan tüm toplam ölçek ve alt ölçek çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ve +2 değerleri arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, çalışmada ele alınan değerlerin normal dağılmış olduğunu göstermekte olduğundan dolayı , gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız örneklem t testi aracılığı uygulanarak ele alınmıştır.

4.1.3.1. Grupların demografik belirleyicilerinin karşılaştırılması:

Katılımcıların YB risklerinin saptanabilmesi ve grup sınırlarının yapılandırılabilmesi adına kendilerine sunulmuş olan REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği toplam skorları değerlendirildiğinde, 117 katılımcının (%48.1) yeme davranışlarının sağlıklı düzeyde olduğu, 126 katılımcının (%51.9) ise 2 ve üzeri puan alarak riskli kabul edilecek yoğunlukta yeme davranışı gösterdiği görülmüş ve bu skorlara göre katılımcılar 2 ayrı gruba ayrıştırılarak değerlendirilmiştir (Sağlıklı Grup ve Riskli Grup). Katılımcıların bahsedilen gruplara ayrılmasından sonra ise, gruplar arası demografik farklılıkların anlamlı olup olmayışını saptayabilmek adına grupların demografik bilgileri incelenmiştir.

Buna göre, katılımcıların gruplara göre yaşları değerlendirildiğinde, Risk Grubu katılımcılarının yaş ortalamaları 22,84 (SS= ,15); Sağlıklı Grup katılımcılarının ise 22,64 (SS= ,16) olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arası yaş ortalamaları farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmış ve gruplar arası farklılığın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir $t(236, 743) = -0,922, p = ,371$. (Tablo 4.3)

Tablo 4.3: Gruplar arası yaş ortalamaları farklılıkları

Ölçekler	Sağlıklı Grup		Riskli Grup		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Yaş	22,64	,16	22,84	,15	-,922	,371

Katılımcıların eğitim seviyeleri karşılaştırıldığında, Risk Grubu katılımcılarının %16,7'sinin (n=21) yüksek lisans, %55,6'sının (n=70) üniversite ve %27,8'inin (n=35) lise mezunu; Sağlıklı Grup katılımcılarının ise %16,2'sinin (n=19) yüksek lisans, %59'unun (n=69) üniversite, %24,8'inin (n=29) ise lise mezunu olduğu saptanmıştır. Gruplar arası eğitim seviyeleri farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmış ve gruplar arası farklılığın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir, $U = 7210,00, z = -,331, p > ,05$. (Tablo 4.4)

Katılımcıların aylık gelir seviyesi incelendiğinde ise Risk Grubu katılımcılarının %30,2'si (n=38) 18001 TL ve üzeri, %15,1'i (n=19) 14001-18000 TL arasında, %14,3'ü (n=18) 7001-14000 TL arasında, %19'u (n=24) 0-7000 TL arasında bir gelire sahip

olduğu, %21,4'ünün (n=27) ise düzenli bir gelire sahip olmadığı belirlenmiştir. Buna karşın Sağlıklı Grup katılımcılarının %20,5'i (n=24) 18001 TL ve üzeri, %20,5'i (n=24) 14001-18000 TL arasında, %21,4'ü (n=25) 7001-14000 TL arasında, %19,7'si (n=23) 0-7000 TL arasında bir gelire sahip olduğu, %17,9'unun (n=21) ise düzenli bir gelire sahip olmadığı tespit edilmiştir. Gruplar arası gelir düzeyleri farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmış ve gruplar arası farklılığın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir, $U= 7132,50$, $z=-,445$, $p>,0,5$. (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Gruplar arası eğitim ve gelir düzeyleri farklılıkları

Ölçekler	Sağlıklı Grup		Riskli Grup		z	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Eğitim	14,61	3,21	16,39	3,93	,331	>,05
Gelir Düzeyi	21,57	3,18	22,28	4,84	,445	>,05

Risk Grubu katılımcılarının %75,4'ü (n=95) çalışıyor olduğunu, %24,6'sı (n=31) ise çalışmadığını belirtirken; Sağlıklı Grup katılımcılarının %82,1'i (n=96) çalışıyor olduğunu, %17,9'u (n=21) ise çalışmıyor olduğunu belirtmiştir. Gruplar arası çalışma durumu farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla ki-kare bağımsızlık testi uygulanmış ve gruplar arası farklılığın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir, $X^2(1)= 1,597$, $p>,05$ (Tablo 4.5).

Katılımcıların medeni halleri karşılaştırıldığında Risk Grubu katılımcılarının %7,1'inin (n=9) evli, %51,9'unun bekar ve ilişkisi olduğu, %29,7'sinin (n=50) ise bekar ve ilişkisi olmadığı belirlenmiştir. Öte yandan Sağlıklı Grup katılımcılarının %7,7'sinin evli (n=9), %52,1'inin (n=61) bekar ve ilişkisinin olduğu, %40,2'sinin (n=47) ise bekar ve ilişkisi olmadığı belirlenmiştir. Gruplar arası medeni hal farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla ki-kare bağımsızlık testi uygulanmış ve gruplar arası farklılığın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir, $X^2(2)= ,041$, $p>,05$ (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Gruplar arası çalışma durumu ve medeni hal farklılıkları

Ölçekler	Sağlıklı Grup		Riskli Grup		X ²	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Çalışma Durumu	13,68	3,81	17,57	3,83	1,597	>,05
Medeni Hal	5,29	0,14	4,73	0,13	,041	>,05

4.1.3.2. Grupların ruminatif tepkiler ölçeği kısa formu Skorlarının Karşılaştırılması: Sağlıklı Grup ve Riskli Grubun, Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu üzerinden toplanan skorların arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Varyansların homojen olup olmadığı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve varyansların homojen olduğu bulunmuştur, $p = .851$. Buna göre, Risk Grubu ruminasyon skorlarının (Ort= 22,23 , SS= 8,49) Sağlıklı Grup ruminasyon skorlarından (Ort= 17,50 , SS= 8,90) farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür, $t(237,484) = -4,226$, $p = 0.000$.

4.1.3.3. Grupların beden memnuniyeti ölçeği skorlarının karşılaştırılması: Sağlıklı Grup ve Riskli Grubun, Beden Memnuniyeti Ölçeği üzerinden toplanan skorları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Varyansların homojen olup olmadığı Levene's testi ile kontrol edilmiş ve varyansların homojen olduğu bulunmuştur, $p = .729$. Buna göre, Risk Grubu beden memnuniyeti skorlarının (Ort= 18,46 , SS= 11,83) Sağlıklı Grup beden memnuniyeti skorlarından (Ort= 27,69 , SS= 11,94) farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür $t(239, 325) = 6,090$, $p = .000$.

4.1.3.4. Grupların mizaç ve karakter ölçeği skorlarının karşılaştırılması: Mizaç ve Karakter Ölçeği'nin yapısı gereği toplam skoru hesaplanamaması ve mevcut çalışmada bu ölçeğin Zarardan Kaçınma alt ölçeği, Ödül Bağımlılığı alt ölçeği ve Yenilik Arayışı alt ölçeği olmak üzere üç farklı alt ölçeği skorlarının değerlendiriliyor olmasından ötürü grupların alt ölçek skorları üç ayrı bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir.

İlk olarak grupların Zarardan Kaçınma alt ölçeğinden üzerinden toplanan skorların arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Varyansların homojen olup olmadığı Levene's Testi ile

kontrol edilmiş ve varyansların homojen olmadığı ortaya konmuştur, $p = .043$. Elde edilen sonuçlara göre, Risk Grubu zarardan kaçınma mizaç boyutu skorlarının (Ort= 16,39 , SS= 3,93) Sağlıklı Grup zarardan kaçınma mizaç boyutu skorlarından (Ort= 27,69 , SS= 11,94) farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür $t(237,235) = -3,879$, $p = .000$.

İkinci olarak, Ödül Bağımlılığı alt ölçeği üzerinden toplanan skorların arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Varyansların homojen olup olmadığı Levene's Testi ile kontrol edilmiş ve varyansların homojen olduğunu ortaya koymuştur, $p = .905$. Elde edilen skorlara göre, Risk Grubu ödül bağımlılığı mizaç boyutu skorlarının (Ort= 17,57 , SS= 3,83) Sağlıklı Grup ödül bağımlılığı mizaç boyutu skorlarından (Ort= 13,68 , SS= 3,81) farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür $t(241) = -7,916$, $p = .000$.

Üçüncü olarak, Sebat Etme alt ölçeği alt ölçeği üzerinden toplanan skorların arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Varyansların homojen olup olmadığı Levene's Testi ile kontrol edilmiş ve varyansların homojen olduğunu ortaya koymuştur, $p = .820$. Elde edilen skorlara göre Risk Grubu sebat etme mizaç boyutu skorlarının (Ort= 4,73 , SS= 0,13) Sağlıklı Grup sebat etme mizaç boyutu skorlarından (Ort= 5,29 , SS= 0,14) farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür, $t(239,786) = p = .005$.

Son ve önceki alt ölçeklerden farklı olarak, Yenilik Arayışı alt ölçeği alt ölçeğinden üzerinden toplanan skorların arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Varyansların homojen olup olmadığı Levene's Testi ile kontrol edilmiş ve varyansların homojen olduğunu ortaya koymuştur, $p = .001$. Elde edilen skorlara göre Risk Grubu yenilik arayışı mizaç boyutu skorlarının (Ort= 22,28 , SS= 4,84) Sağlıklı Grup yenilik arayışı mizaç boyutu skorlarından (Ort= 21,57 , SS= 3,18) farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür, $t(241) = -1,345$, $p = .174$.

4.1.3.5. Grupların yeme bozuklukları değerlendirme ölçeği skorlarının karşılaştırılması: Sağlıklı Grup ve Riskli Grubun, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği üzerinden toplanan skorları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Varyansların homojen olup olmadığını Levene's testi ile kontrol edilmiş ve varyansların homojen olmadığı

bulunmuştur, $p = .007$. Buna göre, Risk Grubu yeme bozuklukları düzeyi skorlarının (Ort= 20,24 , SS= 9,15) Sağlıklı Grup yeme bozuklukları düzeyi skorlarından (Ort= 13,29 , SS= 7,68) farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

4.1.3.6. Grupların depresyon değerlendirme ölçeği skorlarının karşılaştırılması: Sağlıklı Grup ve Riskli Grubun, Beck Depresyon Ölçeği üzerinden toplanan skorları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılmasına adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Varyansların homojen olup olmadığını Levene's testi ile kontrol edilmiş ve varyansların homojen olmadığı bulunmuştur, $p = .000$. Buna göre, Risk Grubu depresyon düzeyi skorlarının (Ort= 20,70 , SS= 12,60) Sağlıklı Grup depresyon düzeyi skorlarından (Ort= 20,20 , SS= 12,60) farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, $t(241) = .379$, $p = .705$ görülmüştür. Bu sebeple depresyonun kontrol değişkeni olarak modellere eklenmesine gerek olmadığı tespit edilmiştir.

Gruplara göre ölçekler üzerinden elde edilen toplam skorların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.6'da paylaşılmıştır.

Tablo 4.6: Grupların ölçek skorlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Sağlıklı Grup	Riskli Grup		SS	t	p
	Ort	SS	Ort			
REZZY	0,4	0,49	3,25	1,03	-,992	,371
MKE-ZK	14,61	3,21	16,39	3,93	-3,879	,000
MKE-ÖB	13,68	3,81	17,57	3,83	-7,916	,000
MKE-YA	21,57	3,18	22,28	4,84	-1,345	,174
MKE-SE	5,29	0,14	4,73	0,13	3,418	,005
RTÖ-KF	17,50	8,90	22,23	8,49	-4,226	,000
BMÖ	27,69	11,94	18,46	11,83	6,090	,000
YBDÖ	13,29	7,68	20,24	9,15	-6,384	,000
Kısıtlama	11,68	8,37	15,42	8,99	-3,344	,001
Biçim Kaygısı	22,33	13,72	34,01	14,91	-6,340	,000
Kilo Kaygısı	12,76	7,56	20,39	9,68	-6,808	,000
Yeme Kaygısı	9,94	6,96	15,59	8,68	-5,564	,000
BDÖ	20,20	6,98	20,70	12,60	,379	,705

Not. REZZY: REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği Toplam Skoru,
MKE-ZK: Mizaç ve Karakter Envanteri- Zarardan Kaçınma Alt Ölçeği Toplam Skoru,
MKE-ÖB: Mizaç ve Karakter Envanteri- Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeği Toplam Skoru,
MKE-YA: Mizaç ve Karakter Envanteri- Yenilik Arayışı Alt Ölçeği Toplam Skoru,
MKE-SE: Mizaç ve Karakter Envanteri- Sebat Etme Alt Ölçeği Toplam Skoru,
RTÖ-KF: Ruminatif Tepkiler Ölçeği- Kısa Formu Toplam Skoru,
BMÖ: Beden Memnuniyeti Ölçeği Toplam Skoru,
YBDÖ: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam Skoru,
BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Skoru.

4.1.4. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizleri

Çalışmada incelenen değişkenlerin arasındaki ilişkilerin anlaşılabilmesi için grup farklılıkları baz alınarak ölçek puanları arasında korelasyon testleri uygulanmıştır. Tüm ölçek toplam puanlarının ve alt ölçek toplam puanlarının ön koşul testlerinin gerekliliklerini sağlıyor olmasından ötürü, korelasyon testleri parametrik bir test olan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu testi ile yürütülmüştür.

Korelasyon ilişkilerinin farklı yeme bozukluğu riski varlığında farklılaşıp farklılaşmadığını anlayabilmek için, yapılmış olan analizler Sağlıklı Grup ve Riskli Grup için ayrı ayrı uygulanmış ve raporlanmıştır.

4.1.4.1. Sağlıklı grup ölçek skorlarının korelasyonları: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu analizine göre Sağlıklı Gruptaki katılımcıların ruminasyon toplam skorları, zarardan kaçınma ($r = .272, p = .003$), ödül bağımlılığı ($r = .256, p = .009$) ve yenilik arayışı ($r = .245, p = .008$) mizaç özellikleriyle pozitif yönlü bir ilişki içindedir.

Ruminasyon toplam skorları, yeme bozukluğu semptom düzeyi ($r = .257, p = .005$) ile de pozitif ve anlamlı bir ilişki içindedir.

Öte yandan, ruminasyon toplam skorları ile beden memnuniyeti ($r = -.079, p = .395$) ilişkisi incelendiğinde, bahsedilen iki değişkenin arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı görülmektedir.

Mizaç özelliklerinin her birinin yeme bozukluğu semptom düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde, yeme bozukluğu semptom düzeyi ile ödül bağımlılığı mizaç boyutunun ($r = .108, p = .246$), yenilik arayışı mizaç boyutunun ($r = .139, p = .135$), zarardan kaçınma mizaç boyutunun ($r = .076, p = .418$) ve sebat etme mizaç boyutunun ($r = .076, p = .414$) sağlıklı grup içinde birbirleriyle anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

Beden memnuniyeti puanlarının diğer değişkenlerle ilişkisine bakıldığında ise, sağlıklı grup düzeyinde bu değişkenlerden depresyon düzeyinin ($r = -.218, p = .018$) ve YB semptom düzeyi ($r = -.681, p = .000$) ile YBDÖ alt ölçekleri olan kısıtlama ($r = -.392, p = .000$), biçim kaygısı ($r = -.741, p = .0000$), kilo kaygısı ($r = -.681, p = .000$) ve yeme kaygısı ($r = -.510, p = .000$) ve REZZY üzerinden ölçülen yeme bozukluğu riski ($r = -.374, p = .000$) ile negatif yönlü ilişkilerin olduğu görülmüştür. Bunun dışında beden memnuniyetinin, ödül bağımlılığı mizaç boyutu ($r = -.148, p = .112$), yenilik arayışı mizaç boyutu ($r = -.025, p = .787$), zarardan kaçınma mizaç boyutu ($r = -.076, p = .416$), sebat etme mizaç boyutu ($r = -.149, p = .110$) ile diğer hiçbir değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sağlıklı Gruba ait tüm korelasyon katsayıları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Sağlıklı Grup katılımcılarının ölçek skorları arasındaki korelasyon katsayıları

Ölçek	1	2	3	4	5	6	7	7a	7b	7c	7d	8	9
1. BDÖ	1												
2. RTÖ-KF	,329**	1											
3. BMÖ	-,218*	-,079	1										
4. MKE-ÖB	,167	,256**	-,148	1									
5. MKE-YA	,022	,245**	-,025	,036	1								
6. MKE-ZK	,083	,272**	-,076	,472**	,114	1							
7. YBDÖ	,330**	,257**	-,681**	,108	,139	,076	1						
7a. kısıtlama	,102	,159	-,392**	-,160**	,196	,027	,778**	1					
7b. biçim kaygısı	,333	,242**	-,741**	,233	,051	,114	,931**	,557**	1				
7c. kilo kaygısı	,341	,243**	-,510**	,047	,175	,064	,920**	,635**	,855**	1			
7d. yeme kaygısı	,384	,257**	-,681**	,108	,139	,076	,873**	,639**	,758**	,761**	1		
8. REZZY	0,86	,105	-,374**	,279**	,226*	,093	,232*	,100	,285**	,254**	,132	1	
9. MKE-SE	-,047	,109	-,149	-,071	,335**	-,009	,076	,146	,006	,034	,102	,224*	1

Not. REZZY: REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği Toplam Skoru, MKE-ZK: Mizaç ve Karakter Envanteri- Zarardan Kaçınma Alt Ölçeği Toplam Skoru, MKE-ÖB: Mizaç ve Karakter Envanteri- Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeği Toplam Skoru, MKE-YA: Mizaç ve Karakter Envanteri- Yenilik Arayışı Alt Ölçeği Toplam Skoru, MKE-SE: Mizaç ve Karakter Envanteri- Sebat Etme Alt Ölçeği Toplam Skoru, RTÖ-KF: Ruminatif Tepkiler Ölçeği- Kısa Formu Toplam Skoru, BMÖ: Beden Memnuniyeti Ölçeği Toplam Skoru, YBDÖ: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam Skoru, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Skoru.

* p <0,05, **p <0,01 düzeyinde anlamlıdır.

4.1.4.2. Yeme bozukluğu riskli grup ölçek skorlarının korelasyonları:

Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu analizine göre Riskli Gruptaki katılımcıların ruminasyon toplam skorları, zarardan kaçınma ($r = .253$, $p = .004$), ödül bağımlılığı ($r = .382$, $p = .000$) ve yenilik arayışı ($r = .239$, $p = .007$) mizaç özellikleriyle pozitif yönlü bir ilişki içindedir.

Ruminasyon toplam skorları, yeme bozukluğu semptom düzeyi ($r = .533$, $p = .000$) ile de pozitif ve anlamlı bir ilişki içindedir.

Ruminasyon toplam skorları ile beden memnuniyeti ($r = -.499$, $p = .000$) ilişkisi incelendiğinde, bahsedilen iki değişkenin arasında oldukça güçlü ve negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Mizaç özelliklerinin her birinin yeme bozukluğu semptom düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde ise, yeme bozukluğu semptom düzeyi ile zarardan kaçınma mizaç

özelliğinin ($r=,477$, $p=,000$), ödül bağımlılığı mizaç özelliğinin ($r=,412$, $p=,000$) ve yenilik arayışı mizaç özelliğinin ($r=,533$, $p=,000$) aralarında pozitif yönlü ilişkiler olduğu görülmüştür. Mizaç özelliklerinin beden memnuniyeti ile ilişkilerine bakıldığında ise, beden memnuniyeti düzeyi ile zarardan kaçınma mizaç özelliği ($r=-,425$, $p=,000$) ve ödül bağımlılığı ($r=-,376$, $p=,000$) arasında negatif yönlü ilişkilerin olduğu; öte yandan yenilik arayışı mizaç özelliğinin beden memnuniyeti ($r= -,086$, $p= .337$) ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmüştür. Tüm bunların yanı sıra, sebat etme mizaç boyutunun ruminasyon ($r=,139$, $p=,120$), beden memnuniyeti ($r=,010$ $p=,909$) ve yeme bozukluğu semptom düzeyi ($r=-,032$, $p=,726$) ile hiçbir ilişkisi bulunamamıştır. Son olarak, sebat etme mizaç özelliğinin riskli grup düzeyinde depresyon düzeyi ($r=,053$, $p=,557$) ile anlamlı bir ilişkisi saptanamamıştır.

Beden memnuniyeti puanlarının diğer değişkenlerle ilişkisine bakıldığında ise, riskli grup katılımcılarının YB semptom düzeyi ($r= -.813$, $p= .000$) ile oldukça kuvvetli ve negatif yönlü ilişkilerinin olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, YBDÖ alt ölçekleri olan kısıtlama ($r= -,425$ $p= ,000$), biçim kaygısı ($r= -,827$, $p= ,0000$), kilo kaygısı ($r=-,837$, $p= ,000$) ve yeme kaygısı ($r= -,787$, $p= ,000$) ile negatif yönlü ilişkilerin olduğu görülmüştür. Son olarak, beden memnuniyeti düzeyi ile depresyon seviyesi ($r= -.218$, $p= .000$) arasında da benzer bir şekilde negatif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Riskli Gruba ait tüm korelasyon katsayıları Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8: Riskli Grup katılımcılarının ölçek skorları arasındaki korelasyon katsayıları

Ölçek	1	2	3	4	5	6	7	7a	7b	7c	7d	8	9
1. BDÖ	1												
2. RTÖ-KF	,084	1											
3. BMÖ	-,011	-,499	1										
4. MKE-ÖB	-,040	,382	-,376	1									
5. MKE-YA	,077	,239	,086	,079	1								
6. MKE-ZK	-,063	,253	-,483	,523	,029	1							
7. YBDÖ	,004	,533	-,813	,412	,005	,477	1						
7a. kısıtlama	-,022	,338	-,425	,245	,005	,245	,781	1					
7b. biçim kaygısı	,010	,540	-,827	,424	,019	,466	,971	,711	1				
7c. kilo kaygısı	-,010	,556	-,837	,416	,011	,491	,905	,583	,897	1			
7d. yeme kaygısı	,050	,497	-,787	,399	-,009	,510	,905	,582	,841	,862	1		
8. REZZY	-,136	,103	-,229	,453	-,002	,704	,290	,165	,264	,284	,350	1	
9. MKE-SE	,053	,139	,010	,105	,004	,127	-,032	-,083	-,021	,001	-,008	,261	1

Not. REZZY: REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği Toplam Skoru, MKE-ZK: Mizaç ve Karakter Envanteri- Zarardan Kaçınma Alt Ölçeği Toplam Skoru, MKE-ÖB: Mizaç ve Karakter Envanteri- Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeği Toplam Skoru, MKE-YA: Mizaç ve Karakter Envanteri- Yenilik Arayışı Alt Ölçeği Toplam Skoru, MKE-SE: Mizaç ve Karakter Envanteri- Sebat Etme Alt Ölçeği Toplam Skoru, RTÖ-KF: Ruminatif Tepkiler Ölçeği- Kısa Formu Toplam Skoru, BMÖ: Beden Memnuniyeti Ölçeği Toplam Skoru, YBDÖ: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Toplam Skoru, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Skoru.

* p <0,05, **p <0,01 düzeyinde anlamlıdır.

4.1.5. Regresyon

YB Risk Grubu ve Sağlıklı Grupta mizaç boyutları düzeylerinin YB semptom belirti düzeylerini yordayıp yordamadığını test etmek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon analizi yürütülmüştür. Analizler öncesi ön koşul testleri yürütülmüş ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayısının .70'den küçük olduğu ve çoklu ortak doğrusallık bulunmadığı saptanmıştır. Her iki grubun verileri için Mahalanobis değerlerinin χ^2 (df= 14), α = .001 düzeyinde norm kabul edilen kritik değer olan 18,47'nin altında olduğu tespit edilmiş ve tüm katılımcıların verileri analize dahil edilmiştir. (Bennett et al., 2019).

Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, Risk Grubu katılımcılarının mizaç boyutu düzeyleri, YB semptom düzeylerini anlamlı olarak yordamakta ve varyansın yaklaşık %27,5'ini açıklamaktadır ($F(4,121) = 11,477$, $p=.000$, $R^2=.275$).

Modele göre, zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeyi ($B=.861$, CI $[.441, 1.281]$, $p=.000$) ve ödül bağımlılığı düzeyi ($B=.553$, CI $[.122, .983]$, $p=.553$) YB semptom düzeylerini yordarken; yenilik arayışı boyutu düzeyi ($B=-.044$ CI $[-.335, .246]$, $p=.762$) ve sebat etme boyutu düzeyi ($B=-.611$ CI $[-1.531, .310]$, $p=-.611$) katılımcıların YB semptom düzeylerini yordamamaktadır.

Öte yandan, Sağlıklı Grup katılımcılarının mizaç boyutu düzeyleri, YB semptom düzeylerini yordamamaktadır ($F(4,112) = .921$, $p=.454$, $R^2=.032$).

Modeldeki tüm katsayıları Tablo 4.9’da raporlanmıştır.

Tablo 4.9: Risk Grubu mizaç boyutu düzeylerinin yeme bozuklukları semptom düzeylerini yordama katsayıları

Değişkenler	B	%95 CI	β	t	p
Ödül Bağımlılığı	,553	[.122, .983]	,231	2,540	,012
Yenilik Arayışı	-,044	[-.335, .246]	-,024	-,303	,762
Zarardan Kaçınma	,861	[.441, 1,281]	,370	4,059	,000
Sebat Etme	-,611	[-1,531, .310]	-,103	-1,313	,192

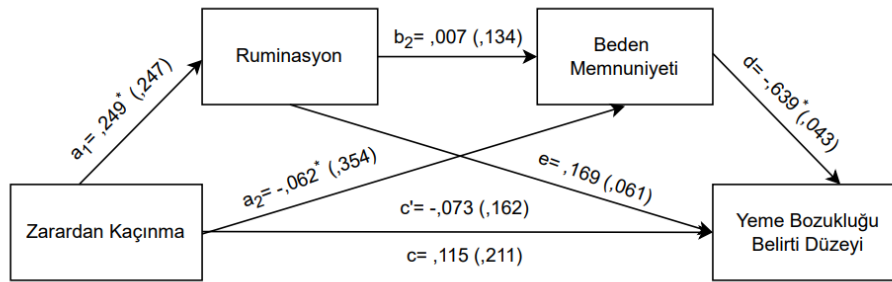
4.1.6. Aracılık Analizleri

Bu çalışmanın ilk kısmında, farklı mizaç özellikleri ile YB semptom düzeyleri arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracı rolleri araştırılmıştır.

Çalışmada incelenen seri aracılık modellerini test etmek için Hayes (2013) tarafından geliştirilmiş olan SPSS PROCESS makrosu 6 numaralı modeli kullanılmış ve her model 5000 yeniden örnekleme (bootstrap) yöntemi ve %95 güven aralığı ile test edilmiştir. Güven aralığı değerlerinin sıfır sayısını içermemesi, dolaylı etkinin anlamlı olduğunu ve aracılık etkisinin kurulduğunu göstermektedir (Preacher ve Hayes, 2008).

Model üzerinde uygulanmış olan tüm analizlerde, depresyon düzeyi kontrol değişkeni olarak analizlere dahil edilmiştir.

4.1.6.1. Sağlıklı grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yb semptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü: Sağlıklı Grup katılımcılarının zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeylerinin yeme bozukluğu semptom düzeyleri ile arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin seri aracılıkları incelenmiştir ve aracılık modelinin anlamlı olmadığı görülmüştür, ($\beta = -.001$, $SE = ,014$, $95\% CI [-,029 , ,029]$). Aracılık modeline dair tüm değerler Şekil 4.1 ve Tablo 4.10’da verilmiştir.



Şekil 4.1: Sağlıklı grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli

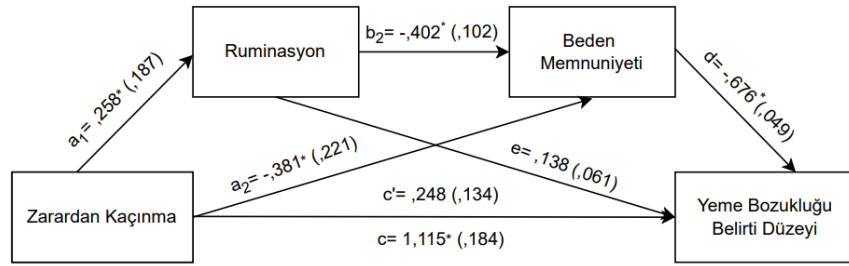
Not. Yol katsayıları standardize edilmiş regresyon ağırlıklarını temsil etmektedir ve standart hatalar parantez içinde verilmiştir. c' yol katsayısı, zarardan kaçınmanın yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki doğrudan olan etkiyi göstermektedir. c yol katsayısı ise zarardan kaçınmanın yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir.

* $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.10: Sağlıklı grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modelinin yol katsayıları

Etki Tipi	Yol Açıklaması	β (SH)	95% CI
Ara Yol (a ₁)	Zarardan Kaçınma → Ruminasyon	,249 (.247)	[-,213 , 1,154]
Ara Yol (b)	Ruminasyon → Beden Memnuniyeti	,007 (.134)	[-,256, ,277]
Ara Yol (d)	Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,639 (.043)	[-,496 , -,325]
Aracı (a ₁ *b*d)	Zarardan Kaçınma → Ruminasyon → Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,001 (.014)	[-,029 , ,029]
Direkt (c')	Zarardan Kaçınma → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,073 (.162)	[-,395 , ,248]
Toplam (c)	Zarardan Kaçınma → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	.115 (.211)	[-,304, .535]

4.1.6.2 Riskli grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yb semptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı Rolü: Riskli Grup katılımcılarının, zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeylerinin YB semptom düzeyleri ile arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin seri aracılıkları incelenmiştir ve aracılık modelinin anlamlı olduğu görülmüştür, ($\beta = ,070$, $SE = ,028$, $95\% CI [,015 , ,128]$). Aracılık modeline dair tüm değerler Şekil 4.2 ve Tablo 4.11’de verilmiştir.



Şekil 4.2: Riskli grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli

Not. Yol katsayıları standardize edilmiş regresyon ağırlıklarını temsil etmektedir ve standart hatalar parantez içinde verilmiştir. c' yol katsayısı, zarardan kaçınmanın yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki doğrudan olan etkiyi göstermektedir. 2 yol katsayısı ise zarardan kaçınmanın yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir.

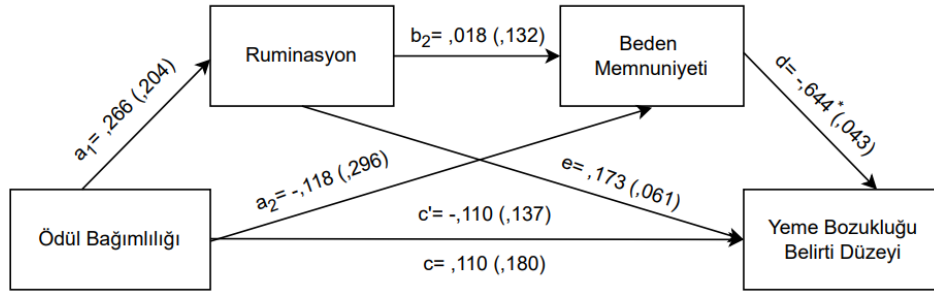
* p < .05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.11: Riskli grupta zarardan kaçınma mizaç düzeyi ile yeme bozukluğu semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları

Etki Tipi	Yol Açıklaması	β (SH)	95% CI
Ara Yol (a)	Zarardan Kaçınma → Ruminasyon	,258 (.187)	[.187, .931]
Ara Yol (b)	Ruminasyon → Beden Memnuniyeti	-,402 (.102)	[-.763, -.356]
Ara Yol (d)	Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,676 (.049)	[-.621, -.424]
Aracı (a*b*d)	Zarardan Kaçınma → Ruminasyon → Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,070 (.028)	[.015, .128]
Direkt (c')	Zarardan Kaçınma → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,248 (.134)	[-.018, .514]
Toplam (c)	Zarardan Kaçınma → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	1.115 (.184)	[.750, 1.481]

4.1.7. Ödül Bağımlılığı Düzeyi ile YB Semptom Düzeyi İlişkisi

4.1.7.1. Sağlıklı grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü: Sağlıklı Grup katılımcılarının ödül bağımlılığı mizaç boyutu düzeylerinin yeme bozukluğu semptom düzeyleri ile arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin seri aracılıkları incelenmiştir ve aracılık modelinin anlamlı olmadığı görülmüştür, ($\beta = -.002$, $SE = .0131$, $95\% CI [-.029, .025]$). Aracılık modeline dair tüm değerler Şekil 4.3 ve Tablo 4.12’de verilmiştir.



Şekil 4.3: Sağlıklı grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli

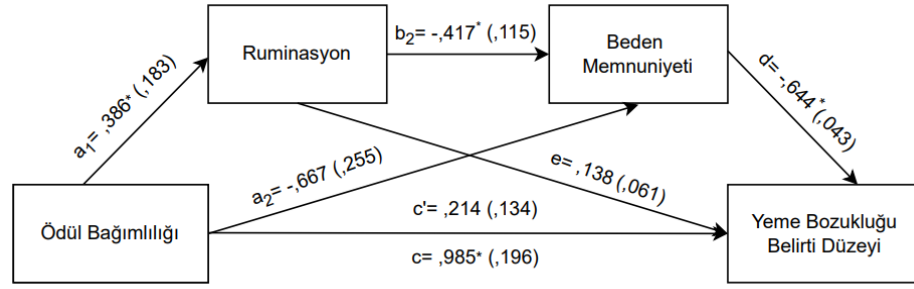
Not. Yol katsayıları standardize edilmiş regresyon ağırlıklarını temsil etmektedir ve standart hatalar parantez içinde verilmiştir. c' yol katsayısı, zarardan kaçınmanın yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki doğrudan olan etkiyi göstermektedir. 2 yol katsayısı ise zarardan kaçınmanın yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir.

* $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.12: Sağlıklı grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları

Etki Tipi	Yol Açıklaması	β (SH)	95% CI
Ara Yol (a ₁)	Ödül Bağımlılığı → Ruminasyon	,266 (,204)	[,076, ,886]
Ara Yol (b)	Ruminasyon → Beden Memnuniyeti	,018 (,132)	[-,238, ,287]
Ara Yol (d)	Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,644 (,043)	[-,499, -,328]
Aracı (a ₁ *b*d)	Ödül Bağımlılığı → Ruminasyon → Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,002 (,013)	[-,029, ,025]
Direkt (c')	Ödül Bağımlılığı → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,110 (,137)	[-,382, ,161]
Toplam (c)	Ödül Bağımlılığı → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,110 (,180)	[-,246, ,467]

4.1.7.2. Riskli grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü: Riskli Grup katılımcılarının ödül bağımlılığı mizaç boyutu düzeylerinin yeme bozukluğu semptom düzeyleri ile arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin seri aracılıkları incelenmiştir ve aracılık modelinin anlamlı olduğu görülmüştür, ($\beta = ,113$ SE = ,0351, 95% CI [,053 , ,188]). Aracılık modeline dair tüm değerler Şekil 4.4 ve Tablo 4.13'te verilmiştir.



Şekil 4.4: Riskli grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli

Not. Yol katsayıları standardize edilmiş regresyon ağırlıklarını temsil etmektedir ve standart hatalar parantez içinde verilmiştir. d yol katsayısı, ödül bağımlılığının yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki doğrudan olan etkiyi göstermektedir. e yol katsayısı ise ödül bağımlılığının yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir.

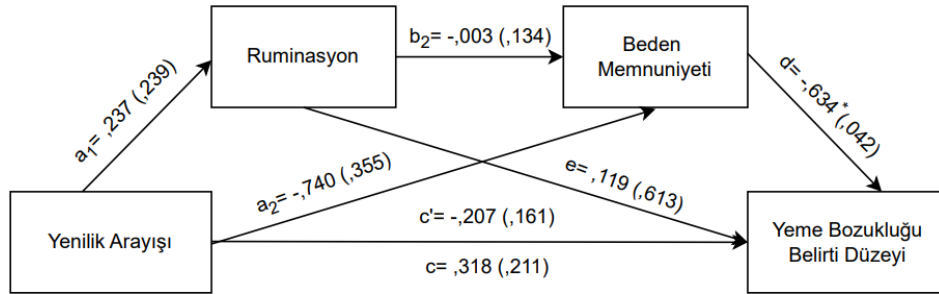
* $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.13: Riskli grupta ödül bağımlılığı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları

Etki Tipi	Yol Açıklaması	β (SH)	95% CI
Ara Yol (a)	Ödül Bağımlılığı → Ruminasyon	,386 (.183)	[.492, 1,219]
Ara Yol (b)	Ruminasyon → Beden Memnuniyeti	-,417 (.115)	[-1,173, -,160]
Ara Yol (d)	Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,644 (.043)	[-,499, -,328]
Aracı (a.*b*d)	Ödül Bağımlılığı → Ruminasyon → Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,113 (.035)	[,053, ,188]
Direkt (c')	Ödül Bağımlılığı → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,214 (.134)	[-,053, ,481]
Toplam (c)	Ödül Bağımlılığı → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	.985 (.196)	[.597, 1.374]

4.1.8. Yenilik Arayışı Düzeyi ile YB Semptom Düzeyi İlişkisi

4.1.8.1. Sağlıklı grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü: Sağlıklı Grup katılımcılarının yenilik arayışı mizaç boyutu düzeylerinin YB semptom düzeyleri ile arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin seri aracılıkları incelenmiştir ve aracılık modelinin anlamlı olmadığı görülmüştür, ($\beta = ,000$ SE = ,015, 95% CI [-,031 , ,033]). Aracılık modeline dair tüm değerler Şekil 4.5 ve Tablo 4.14’te verilmiştir.



Şekil 4.5: Sağlıklı grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli

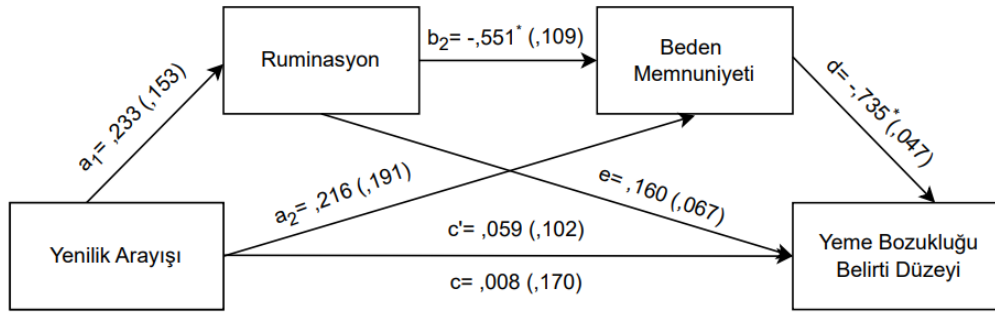
Not. Yol katsayıları standardize edilmiş regresyon ağırlıklarını temsil etmektedir ve standart hatalar parantez içinde verilmiştir. c' yol katsayısı, yenilik arayışının yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki doğrudan olan etkiyi göstermektedir. c yol katsayısı ise yenilik arayışının yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir.

* $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.14: Sağlıklı grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları

Etki Tipi	Yol Açıklaması	β (SH)	95% CI
Ara Yol (a ₁)	Yenilik Arayışı → Ruminasyon	,237 (,239)	[,190, 1,138]
Ara Yol (b)	Ruminasyon → Beden Memnuniyeti	-,003 (,134)	[-,271, ,262]
Ara Yol (d)	Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,636 (,042)	[-,493, - ,324]
Aracı (a ₁ *b*d)	Yenilik Arayışı → Ruminasyon → Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,000 (,015)	[-,031, ,033]
Direkt (c')	Yenilik Arayışı → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,207 (,161)	[-,113, ,528]
Toplam (c)	Yenilik Arayışı → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,318 (,211)	[-,100, ,737]

4.1.8.2. Riskli grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü: Riskli Grup katılımcılarının yenilik arayışı mizaç boyutu düzeylerinin yeme bozukluğu semptom düzeyleri ile arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin seri aracılıkları incelenmiştir ve aracılık modelinin anlamlı olduğu görülmüştür, ($\beta = ,095$ SE = ,047, 95% CI [,008 , ,193]). Aracılık modeline dair tüm değerler Şekil 4.6 ve Tablo 4.15'te verilmiştir.



Şekil 4.6: Riskli grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli

Not. Yol katsayıları standardize edilmiş regresyon ağırlıklarını temsil etmektedir ve standart hatalar parantez içinde verilmiştir. c' yol katsayısı, yenilik arayışının yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki doğrudan olan etkiyi göstermektedir. c yol katsayısı ise yenilik arayışının yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir.

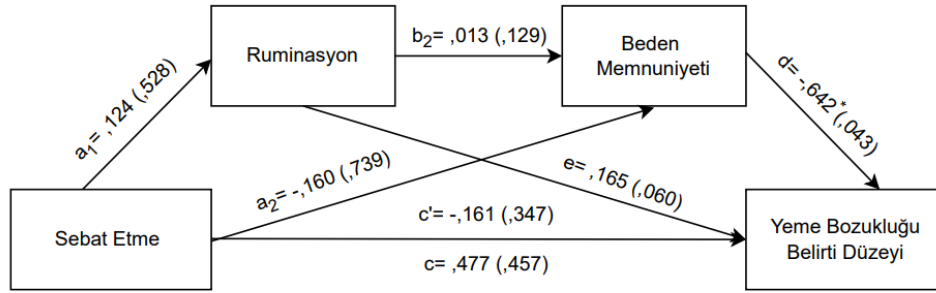
* $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.15: Riskli grupta yenilik arayışı mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları

Etki Tipi	Yol Açıklaması	β (SH)	95% CI
Ara Yol (a)	Yenilik Arayışı → Ruminasyon	,233 (.153)	[,106, ,714]
Ara Yol (b)	Ruminasyon → Beden Memnuniyeti	-,551 (.109)	[-,985, -,552]
Ara Yol (d)	Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,735 (.047)	[-,661, -,475]
Aracı (a.*b*d)	Yenilik Arayışı → Ruminasyon → Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,095 (.047)	[,008, ,193]
Direkt (c')	Yenilik Arayışı → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,059 (.102)	[-,143, ,262]
Toplam (c)	Yenilik Arayışı → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,008 (.170)	[-,329, ,346]

4.1.9. Sebat Etme Düzeyi ile YB Semptom Düzeyi İlişkisi

4.1.9.1. Sağlıklı grupta sebat etme mizaç düzeyi ile YBsemptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetinin seri aracı rolü: Sağlıklı Grup katılımcılarının sebat etme mizaç mizaç boyutu düzeylerinin yeme bozukluğu düzeyleri ile arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin seri aracılıkları incelenmiştir ve aracılık modelinin anlamlı olmadığı görülmüştür, ($\beta = -.001$ SE = ,010, 95% CI [-,025 , ,018]). Aracılık modeline dair tüm değerler Şekil 4.7 ve Tablo 4.16’da verilmiştir.



Şekil 4.7: Sağlıklı grupta sebat etme mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli

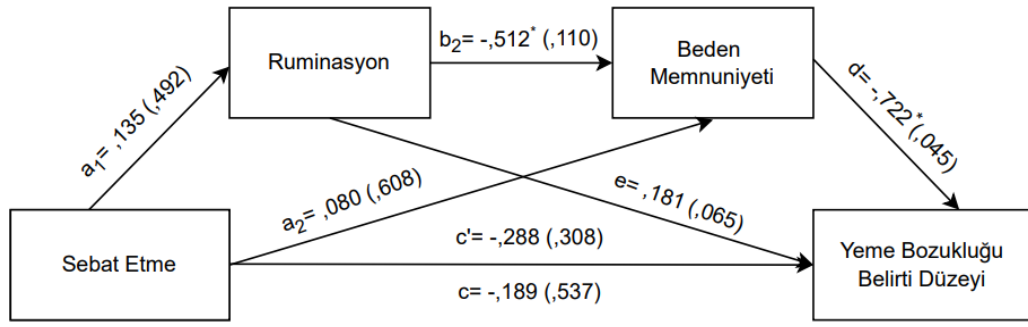
Not. Yol katsayıları standardize edilmiş regresyon ağırlıklarını temsil etmektedir ve standart hatalar parantez içinde verilmiştir. c' yol katsayısı, sebat etmenin yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki doğrudan olan etkiyi göstermektedir. c yol katsayısı ise sebat etmenin yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir.

* $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.16: Sağlıklı grupta sebat etme mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları

Etki Tipi	Yol Açıklaması	β (SH)	95% CI
Ara Yol (a ₁)	Sebat Etme → Ruminasyon	,124 (,528)	[-,296, 1,797]
Ara Yol (b)	Ruminasyon → Beden Memnuniyeti	,013 (,129)	[-,238, ,275]
Ara Yol (d)	Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,636 (,042)	[-,493, -,324]
Aracı (a ₁ *b*d)	Sebat Etme → Ruminasyon → Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,001 (,010)	[-,025, ,018]
Direkt (c')	Sebat Etme → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,161 (,347)	[-,849, ,527]
Toplam (c)	Sebat Etme → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,477 (,457)	[-,429, 1,384]

4.1.9.2. Riskli grupta sebat etme mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracı rolü: Riskli Grup katılımcılarının sebat etme mizaç boyutu mizaç boyutu düzeylerinin yeme bozukluğu düzeyleri ile arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin seri aracılıkları incelenmiştir ve aracılık modelinin anlamlı olmadığı görülmüştür, ($\beta = ,049$ SE = ,038, 95% CI [-,017 , ,132]). Aracılık modeline dair tüm değerler Şekil 4.8’de ve Tablo 4.17’de verilmiştir.



Şekil 4.8: Riskli grupta sebat etme mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli

Not. Yol katsayıları standardize edilmiş regresyon ağırlıklarını temsil etmektedir ve standart hatalar parantez içinde verilmiştir. c' yol katsayısı, sebat etmenin yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki doğrudan olan etkiyi göstermektedir. c yol katsayısı ise sebat etmenin yeme bozukluğu belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir.

* $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.17: Riskli grupta sebat etme mizaç düzeyi ile YB semptom düzeyi arasındaki ilişkinin aracılık modeli yol katsayıları

Etki Tipi	Yol Açıklaması	β (SH)	95% CI
Ara Yol (a)	Sebat Etme → Ruminasyon	,135 (,492)	[-,228, 1,722]
Ara Yol (b)	Ruminasyon → Beden Memnuniyeti	-,512 (,110)	[-,931, ,495]
Ara Yol (d)	Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,722 (,045)	[-,648, - ,467]
Aracı (a*b*d)	Sebat Etme → Ruminasyon → Beden Memnuniyeti → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,049 (,038)	[-,017, ,132]
Direkt (c')	Sebat Etme → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,288 (,308)	[-,898, ,321]
Toplam (c)	Sebat Etme → Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	-,189 (,537)	[-1,253, ,874]

4.2. İKİNCİ AŞAMA

Çalışmanın araştırma soruları ve hipotezleri kapsamında, çalışmada araştırılması hedeflenen modellerin keşifsel analizlerinin yapılması amacıyla, ilk aşamada riskli olup olmayışı REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği üzerinden değerlendirilip grup sınırlandırılması yapılan Risk grubu ve Sağlıklı Grup katılımcılarının ruminasyon, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyet düzeylerinin anlık ölçümler ortalamalarının yeme bozuklukları semptom düzeyleri anlık ölçümler ortalamaları üzerindeki yordayıcı etkileri EMA yöntemi ile incelenmiştir. Bu bölümde, bu verilere dair bulgular aktarılacaktır.

4.2.1. Ekolojik Anlık Değerlendirme Katılımcılarının Demografik Özellikleri

Araştırmanın ekolojik anlık değerlendirme (EMA) aşamasına 29.04.2024 ile 29.06.2024 tarihleri arasında, 17'si (%54,8) Risk Grubu, 14'ü (%45,2) ise Sağlıklı Grup katılımcısı olmak üzere toplam 31 kişi katılmıştır. Katılımcıların her birine 13 gün boyunca her gün 7 anket olmak üzere toplam 91 anket gönderilmiş ve elde edilen veriler ile değerlendirmeler yapılmıştır. Çalışma süresince tüm katılımcılara toplam 2821 anket gönderilmiş, bunların 2297 (%80,78) tanesi doldurulmuştur. Risk Grubu katılımcılarının anketleri doldurma oranı %45,1 (n=1037); Sağlıklı Grup katılımcılarının anketleri doldurma oranı ise %54,9 (n=1260) olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, Risk Grubu katılımcılarının yaş ortalaması 22,8; Sağlıklı Grup katılımcılarının yaş ortalaması ise 23 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların genel demografik özellikleri Tablo 4.18'de paylaşılmıştır.

Tablo 4.18: EMA katılımcılarının demografik özellikleri

Ölçekler	Sağlıklı Grup		Riskli Grup	
	N	Yüzdelik	N	Yüzdelik
Katılımcı Sayısı	14	45,2	17	54,8
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	13	92,9	14	82,4
Çalışmıyor	1	7,1	3	17,6
Eğitim Durumu				
Lise	1	7,1	1	5,9
Üniversite	8	57,1	10	58,8
Yüksek Lisans	5	35,7	6	35,3
Medeni Durumu				
Evli	3	21,4	4	23,5
Bekar ve İlişkisi Var	8	57,1	7	41,2
Bekar ve İlişkisi Yok	3	21,4	6	35,3
Aylık Gelir				
Düzensiz	0	0	0	0
0-7000 TL	1	7,1	0	0
7001-14000 TL	1	7,1	3	17,7
14001- 18000 TL	8	57,1	8	47
18001 ve Üstü	4	28,6	6	35,3

4.2.2. Gruplar Arası Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi Farklılıkları

Gruplar arası (Sağlıklı grup ve Riskli Grup) farklılıkların YB SEMPTOM düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere bir doğrusal karma model analizi lmer (ybdö ~ Grup), yürütülmüş, modelin koşullu R2 değeri .34 ve marjinal R2 değeri .34 olarak bulunmuştur. Modelin sabit katsayısı ise referans olarak kabul edilmiş olan Sağlıklı Grubun YB semptom düzeyi için -49.75 (95% CI (-55.90, -43.59), $t(2295) = -15.85$, $p < .001$) olarak hesaplanmıştır.

Model, Riskli Grup ($B = 66.06$, 95% CI (62.27, 69.84), $t(2295) = 34.24$, $p < .001$; Std. beta = 0.58, 95% CI (0.55, 0.61)) katılımcılarının YB semptom düzeyinin Sağlıklı Gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Modeldeki tüm katsayıları Tablo 4.19’da raporlanmıştır.

Tablo 4.19: Gruplar arası YB semptom düzeyi farklılıkları

Parametre	B	SH	%95 CI	t(2295)	p
Sabit katsayı	-49.75	3.14	(-55.90, -43.59)	-15.85	< ,001
Riskli Grup	66.06	1.93	(62.27, 69.84)	34.24	< ,001

4.2.3. Gruplar Arası Mizaç Boyutları Farklılıkları

4.2.3.1. Zarardan kaçınma: Gruplar arası (Sağlıklı grup ve Riskli Grup) zarardan kaçınma mizaç boyutu, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeyi farklarının, YB semptom düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere bir doğrusal karma model analizi (lmer) yürütülmüş, modelin koşullu R2 değeri .54 ve marjinal R2 değeri .44 olarak bulunmuştur. Modelin sabit katsayısı ise referans olarak kabul edilmiş olan Sağlıklı Grubun YB semptom düzeyi için -159,87 (95% CI (-251,39, -68,35), t(2287) = -3,43, p < ,001) olarak hesaplanmıştır.

Model, zarardan kaçınma mizaç boyutunun YB semptom düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve pozitif olduğunu göstermiştir (B=5,19, %95 CI (3,13, 7,26), t(2287)= 4,93, p < .001 Std. beta = 0,37, 95% CI (0,22, 0,52)).

Bununla birlikte, Riskli Grupta olmanın YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitifdir (B=123.29, %95 CI (67,08, 179,49), t(2287)= 4,30, p < ,001 Std. beta = 1,10, 95% CI (-1,36, 3,57)).

YB'ye özgü ruminasyon değişkeninin referans gruba göre etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (B=0.03, %95 CI (-0,02, 0,08), t(2287)= 1,28, p = 0,201 Std. beta = 0,06, 95% CI (-0,03, 0,16)).

Öte yandan, beden memnuniyeti değişkeni YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif bir etki göstermiştir (B = 1,46, 95% CI (0,83, 2,08), t(2287) = 4,57, p < ,001; Std. beta = 0,31, 95% CI (0,18, 0,45)).

Zarardan Kaçınma x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı, ancak referans değere kıyasla daha azdır (B = -3.36, 95% GA (-4.52, -2.20), t(2287) = -5.69, p < .001; Std. beta = -0.24, 95% CI (-0.32, -0.16)).

YB'ye Özgü Ruminasyon x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif etki göstermiştir ($B = 0.10$, 95% CI (0.07, 0.13), $t(2287) = 6.77$, $p < .001$; Std. beta = 0.21, 95% CI (0.15, 0.27)).

Son olarak, Beden Memnuniyeti x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı fakat negatif bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($B = -0.79$, 95% CI (-1.17, -0.42), $t(2287) = -4.13$, $p < .001$; Std. beta = -0.17, 95% CI (-0.25, -0.09)).

Modeldeki tüm katsayıları Tablo 4.20' raporlanmıştır.

Tablo 4.20: Zarardan kaçınma, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti farklılıklarının YB semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri

Parametre	B	SH	%95 CI	t(2287)	p
Zarardan Kaçınma	5.19	3,27	(3.13, 7.26)	4.93	< .001
Grup	123.29	28,66	(67.08, 179.49)	4.30	< .001
YB'ye özgü Ruminasyon	0.03	0,02	(-0.02, 0.08)	1.28	0.201
Beden Memnuniyeti	1.46	0,32	(0.83, 2.08)	4.57	< .001
Zarardan Kaçınma × Grup	-3.36	0,59	(-4.52, -2.20)	-5.69	< .001
YB'ye özgü Ruminasyon × Grup	0.10	0,02	(0.07, 0.13)	6.77	< .001
Beden Memnuniyeti × Grup	-0.79	0,19	(-1.17, -0.42)	-4.13	< .001

4.2.3.2. Yenilik Arayışı: Gruplar arası (Sağlıklı grup ve Riskli Grup) yenilik arayışı mizaç boyutu, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeyinin, YB semptom düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere bir doğrusal karma model analizi lmer yürütülmüş, modelin koşullu R2 değeri .52 ve marjinal R2 değeri .52 olarak bulunmuştur. Modelin sabit katsayısı ise referans olarak kabul edilmiş olan Sağlıklı Grubun YB semptom düzeyi için -248.30 (95% CI (-317.34, -179.26), $t(2287) = -7.05$, $p < .001$) olarak hesaplanmıştır.

Model, yenilik arayışı mizaç boyutunun YB semptom düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve pozitif olduğunu göstermiştir ($B = 7.72$, 95% CI (5.17, 10.26), $t(2287) = 5.95$, $p < .001$; Std. beta = 0.47, 95% CI (0.32, 0.63)).

Bununla birlikte, riskli grupta olmanın YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitifdir ($B = 219.77$, 95% CI (181.06, 258.47), $t(2287) = 11.13$, $p < .001$; Std. beta = 1.16, 95% CI (-1.42, 3.75)).

YB'ye özgü ruminasyon değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($B = 0.05$, 95% CI (-0.0057, 0.10), $t(2287) = 1.75$, $p = 0.080$; Std. beta = 0.09, 95% CI (-0.01, 0.20)).

Öte yandan, beden memnuniyeti değişkeni YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif bir etki göstermiştir ($B = 0.82$, 95% CI (0.19, 1.45), $t(2287) = 2.57$, $p = 0.010$; Std. beta = 0.18, 95% CI (0.04, 0.31)).

Yenilik Arayışı x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı, ancak negatif olduğu bulunmuştur ($B = -6.61$, 95% CI (-8.06, -5.16), $t(2287) = -8.95$, $p < .001$; Std. beta = -0.40, 95% CI (-0.49, -0.31)).

YB'ye Özgü Ruminasyon x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif etki göstermiştir ($B = 0.08$, 95% CI (0.05, 0.12), $t(2287) = 5.22$, $p < .001$; Std. beta = 0.17, 95% CI (0.11, 0.23)).

Son olarak, Beden Memnuniyeti x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır ($B = -0.37$, 95% CI (-0.74, 0.0057), $t(2287) = -1.93$, $p = 0.054$; Std. beta = -0.08, 95% CI (-0.16, 0.001)).

Modeldeki tüm katsayıları Tablo 4.21'de raporlanmıştır.

Tablo 4.21: Yenilik arayışı, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti farklılıklarının YB semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri

Parametre	B	SH	%95 CI	t(2287)	p
Yenilik Arayışı	7.72	1,30	(5.17, 10.26)	5.95	< .001
Grup	219.77	19,74	(181.06, 258.47)	1.16	< .001
YB'ye Özgü Ruminasyon	0.05	0,03	(-0.0057, 0.1)	1.75	0.080
Beden Memnuniyeti	0.82	0,32	(0.19, 1.45)	2.57	0.010
Yenilik Arayışı × Grup	-6.61	0,74	(-8.06, -5.16)	-8.95	< .001
YB'ye Özgü Ruminasyon × Grup	0.08	0,02	(.05, .12)	5.22	< .001
Beden Memnuniyeti × Grup	-0.37	0,19	(-0.74, .007)	-1.93	0.054

4.2.3.3. Ödül Bağımlılığı: Gruplar arası (Sağlıklı grup ve Riskli Grup) ödül bağımlılığı mizaç boyutu, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeyi farklarının, YB semptom düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere bir doğrusal karma model analizi lmer yürütülmüş, modelin koşullu R2 değeri .55 ve marjinal R2 değeri .55 olarak bulunmuştur. Modelin sabit katsayısı ise referans olarak kabul edilmiş olan Sağlıklı Grubun YB semptom düzeyi için -54.89 (95% CI (-101.35, -8.43), $t(2287) = -2.32$, $p = 0.021$) olarak hesaplanmıştır.

Model, ödül bağımlılığı mizaç boyutunun YB semptom düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı bulunamamıştır ($B = 0.31$, 95% CI (-1.59, 2.21), $t(2287) = 0.32$, $p = 0.750$; Std. beta = 0.02, 95% CI (-0.13, 0.18)).

Bununla birlikte, riskli grupta olmanın YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitifdir ($B = 106.57$, 95% CI (80.70, 132.45), $t(2287) = 8.08$, $p < .001$; Std. beta = 1.26, 95% CI (-1.07, 3.58)).

YB'ye özgü ruminasyon değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($B = 0.02$, 95% CI (-0.03, 0.06), $t(2287) = 0.66$, $p = 0.511$; Std. beta = 0.03, 95% CI (-0.06, 0.13)).

Benzer şekilde, beden memnuniyeti değişkeni YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı bulunamamıştır ($B = -0.33$, 95% CI (-0.95, 0.29), $t(2287) = -1.05$, $p = 0.296$; Std. beta = -0.07, 95% CI (-0.20, 0.06)).

Ödül Bağımlılığı x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ancak negatif bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($B = -2.52$, 95% CI (-3.58, -1.47), $t(2287) = -4.68$, $p < .001$; Std. beta = -0.20, 95% CI (-0.29, -0.12)).

YB'ye Özgü Ruminasyon x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif etki göstermiştir ($B = 0.11$, 95% CI (0.08, 0.14), $t(2287) = 7.45$, $p < .001$; Std. beta = 0.22, 95% CI (0.16, 0.28)).

Son olarak, Beden Memnuniyeti x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır ($B = -0.0054$, 95% CI (-0.37, 0.36), $t(2287) = -0.03$, $p = 0.977$; Std. beta = -0.001, 95% CI (-0.08, 0.08)).

Modeldeki tüm katsayıları Tablo 4.22'de raporlanmıştır.

Tablo 4.22: Ödül bağımlılığı, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti farklılıklarının YB semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri

Parametre	B	SH	%95 CI	t(2287)	p
Ödül Bağımlılığı	,31	,97	(-1,59 , 2,21)	,32	,750
Grup	106,57	13,19	(80,70 , 132,45)	8,08	1,26
YB'ye Özgü Ruminasyon	,02	,02	(-,03 , 0,06)	,66	,511
Beden Memnuniyeti	-,33	,32	(-,95 , 0,29)	-1.05	,296
Ödül Bağımlılığı × Grup	-2,52	,54	(-3,58, 1,47)	-4.68	< .001
YB'ye Özgü Ruminasyon × Grup	,11	,01	(,08, ,14)	7,45	< .001
Beden Memnuniyeti × Grup	-,005	,19	(-,37, ,36)	-,03	,977

4.2.3.4. Sebat Etme: Gruplar arası (Sağlıklı grup ve Riskli Grup) sebat etme mizaç boyutu, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeyi farklarının, YB semptom düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere bir doğrusal karma model analizi (lmer) yürütülmüş, modelin koşullu R2 değeri .49 ve marjinal R2 değeri .48 olarak bulunmuştur. Modelin sabit katsayısı ise referans olarak kabul edilmiş olan Sağlıklı Grubun YB semptom düzeyi için -38.41 (95% GA (-102.55, 25.72), $t(2287) = -1.17$, $p = 0.240$) olarak hesaplanmıştır.

Model, sebat etme mizaç boyutunun YB semptom düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı bulunamamıştır ($B = -2.88$, 95% GA (-11.22, 5.45), $t(2287) = -0.68$, $p = 0.498$; Std. beta = -0.06, 95% GA (-0.23, 0.11)).

Riskli grupta olmanın YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitifdir ($B = 53.10$, 95% GA (17.85, 88.36), $t(2287) = 2.95$, $p = 0.003$; Std. beta = 1.07, 95% GA (-1.41, 3.56)).

YB'ye özgü ruminasyon değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($B = 0.05$, 95% GA (-0.0074, 0.10), $t(2287) = 1.69$, $p = 0.091$; Std. beta = 0.09, 95% GA (-0.01, 0.20)).

Benzer şekilde, beden memnuniyeti değişkeni YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı bulunamamıştır ($B = 0.30$, 95% GA (-0.26, 0.86), $t(2287) = 1.05$, $p = 0.294$; Std. beta = 0.06, 95% GA (-0.06, 0.19)).

Sebat Etme x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı bulunamamıştır ($B = 0.81$, 95% GA (-3.69, 5.30), $t(2287) = 0.35$, $p = 0.724$; Std. beta = 0.02, 95% GA (-0.08, 0.11)).

YB'ye Özgü Ruminasyon x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitifdir ($B = 0.09$, 95% GA (0.06, 0.12), $t(2287) = 5.52$, $p < 0.001$; Std. beta = 0.18, 95% GA (0.12, 0.25)).

Son olarak, Beden Memnuniyeti x Grup etkileşiminin YB semptom düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır ($B = -0.15$, 95% GA (-0.52, 0.21), $t(2287) = -0.82$, $p = 0.414$; Std. beta = -0.03, 95% GA (-0.11, 0.05)).

Modeldeki tüm katsayıları Tablo 4.23'te raporlanmıştır.

Tablo 4.23: Sebat etme, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti farklılıklarının YB semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri

Parametre	B	SH	%95 CI	t(2287)	p
Sebat Etme	-2,88	4,25	(-11,22 , 5,45)	-,68	,498
Grup	53,10	17,98	(17,85 , 88,36)	2,95	,003
YB'ye Özgü Ruminasyon	,05	,03	(-7,40e-03, ,10)	1,69	,091
Beden Memnuniyeti	,30	,29	(-,26, ,86)	1,05	,294
Sebat Etme × Grup	,81	2,29	(-3,69, 5,30)	0,35	,724
YB'ye Özgü Ruminasyon × Grup	,09	,02	(,06, ,12)	5,52	< .001
Beden Memnuniyeti × Grup	-5,40e-03	,19	(-,37, ,36)	-,03	,977

4.2.4. Gruplar arası YB'ye özgü ruminasyon farkı

Riskli Grup için YB'ye özgü ruminasyonun, YB semptom düzeyi üzerindeki etkisini görebilmek üzere bir doğrusal karma model analizi lmer yürütülmüş, modelin koşullu R2 değeri .50 ve marjinal R2 değeri .21 olarak bulunmuştur. Modelin sabit

katsayısı ise referans olarak kabul edilmiş olan Sağlıklı Grubun YB semptom düzeyi için -59.66 (95% CI (44.30, 75.02), $t(1254) = 7.62$, $p < .001$) olarak hesaplanmıştır.

Modele göre, YB'ye özgü ruminasyonun 1. sorusunun etkisi anlamlı ve negatiftir (beta = -0.19, 95% CI (-0.36, -0.01), $t(1254) = -2.11$, $p = 0.035$; Std. beta = -0.10, 95% CI (-0.18, -6.57e-03)). Buna karşın, YB'ye özgü ruminasyonun 2. sorusunun etkisi anlamlı ve pozitiftir (beta = 0.25, 95% CI (0.06, 0.43), $t(1254) = 2.64$, $p = 0.008$; Std. beta = 0.12, 95% CI (0.03, 0.22)). Benzer şekilde, YB'ye özgü ruminasyonun 3. sorusunun etkisi anlamlı ve pozitiftir (beta = 0.13, 95% CI (0.03, 0.24), $t(1254) = 2.47$, $p = 0.013$; Std. beta = 0.07, 95% CI (0.01, 0.13)). Son olarak, YB'ye özgü 4. sorusunun da etkisi anlamlı ve pozitif olarak bulunmuştur beta = 0.73, 95% CI (0.57, 0.88), $t(1254) = 9.21$, $p < .001$; Std. beta = 0.39, 95% CI (0.31, 0.47)).

4.2.5. Gruplar arası beden memnuniyeti düzeyleri farkı

Riskli Grup için beden memnuniyeti düzeylerinin, YB semptom düzeyi üzerindeki etkisini görebilmek üzere bir doğrusal karma model analizi lmer yürütülmüş, modelin koşullu R2 değeri .03 ve marjinal R2 değeri .03 olarak bulunmuştur. Modelin sabit katsayısı ise referans olarak kabul edilmiş olan Sağlıklı Grubun YB semptom düzeyi için 30.41 (95% CI (28.80, 32.01), $t(2295) = 37.08$, $p < .001$) olarak hesaplanmıştır.

Modele göre, Grup değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve negatiftir (beta = -4.31, 95% CI (-5.30, -3.32), $t(2295) = -8.54$, $p = 0.035$; Std. beta = -0.10, 95% CI (-0.18, -0.22, -0.14)). Model varyansın anlamlı bir kısmını açıklasa da, açıklanan oran düşük kalmaktadır ($R^2=.03$).

5. TARTIŞMA

Yeme bozukluğu riskinin etiyolojik faktörlerinden biri olan mizacın farklı boyutlarının, yeme bozukluğu semptom düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisi ve bu ilişkide ruminasyon ile beden memnuniyetsizliğinin rolünü anlamayı amaçlayan bu tez çalışmasında, ele alınan değişkenler hem özbildirim ölçekleri hem de ekolojik anlık değerlendirme yöntemi kullanılarak incelenmiştir.

Mevcut çalışmanın tüm araştırma soruları, ele alınan değişkenlerin ilişkisini YB Risk Grubu üzerinden açıklamayı ve bunları Sağlıkla Grup ile karşılaştırmayı planlamıştır. Bu sayede YB riskini arttıran belirli karakteristik özelliklerin vurgulanmasına ve önleyici tedavi programları geliştirilmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır. Mortalite riski en yüksek psikiyatrik hastalık olarak bilinen Anoreksiya Nervoza (186) ve benzer şekilde ciddi olumsuz tıbbi sonuçlara yol açabilen Bulimiya Nervoza (187) bozuklukları açısından risk faktörlerinin belirlenmesinin klinik önem taşıyacağı düşünülmüş ve ana test grubu bu patolojiler üzerinden risk taşıyan bireylerden oluşturulmuştur.

5.1. HİPOTEZ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın ilk hipotezini test etmek amacıyla, Risk Grubu katılımcılarının YB semptom düzeyi, zarardan kaçınma mizaç boyutu, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeylerinin Sağlıkla Grup katılımcılarına kıyasla daha yüksek olup olmadığını incelemek için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Bulgular, Risk Grubu ve Sağlıkla Grup katılımcılarının zarardan kaçınma, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeylerinin anlamlı olarak birbirlerinden farklı olduğunu; tüm değişkenlerin düzeylerinin Risk Grubu katılımcılarında daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, AN ve BN tanılı kişilerin, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeylerinde oluşan artışın, YB semptom düzeylerini arttırdığını öne süren çalışmaları destekler niteliktedir (65, 150, 188). Bu sonuçların, ruminatif düşünme biçiminin YB tanılı popülasyonda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek olduğunu gösteren 38 çalışma üzerinden yürütülmüş bir meta-analiz ile uyumlu olduğu görülmüştür (149). Benzer şekilde, beden memnuniyetsizliğinin AN ve BN tanılı gruplarda sağlıklı gruba göre anlamlı ölçüde yüksek olduğunu gösteren çalışmalar (189, 190) ile de

örtüşmektedir. Ayrıca bu bulgu, YB tanılı örneklemde yürütülen ve sağlıklı bireylere kıyasla tanılı popülasyonda zarardan kaçınma mizaç özelliğinin daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalarla da (105, 191) paralellik göstermektedir. Mevcut çalışmanın bu bulgusunun, bahsedilen çalışmalardaki tanılı popülasyon özellikleri ile uyumlu oluşu, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğindeki artışın, henüz premorbid dönemde saptanabildiğini düşündürmektedir.

Genel ruminasyon, olumsuz duyguların anlamı, nedenleri ve sonuçları hakkında tekrarlayan endişeler olarak tanımlanırken (62); kilo, beden şekli ve yeme ile ilgili tekrarlayan endişeler, YB'ye özgü ruminasyon olarak tanımlanmaktadır (131). Literatürdeki bulgular, YB'ye özgü ruminasyonun YB patolojisi ile, genel ruminasyona kıyasla daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (160). Uluslararası literatürde YB'ye özgü ruminasyon için oluşturulmuş bir ölçek bulunurken (131) ülkemizde bu ölçeğin adaptasyon çalışması henüz gerçekleştirilmemiştir. Dolayısıyla, bu çalışmanın özbildirim ölçekleri ile yapılandırılmış olan birinci aşamasında, genel ruminasyonu ölçen Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu (170) kullanılmıştır. Çalışmanın ikinci kısmı olan EMA aşamasında ise, YB'ye özgü ruminasyonu ölçebilmek amacıyla daha önce farklı EMA çalışmalarında kullanılmış ve geçerliliği kabul edilmiş olan sorular tercih edilmiştir. Bu değerlendirmenin amacı, ikinci hipotez olarak ele alınan YB Risk Grubu katılımcılarının YB'ye özgü ruminasyon düzeyi ortalamasının Sağlıklı Gruba göre daha yüksek olduğunu test etmektir. Elde edilen sonuca göre, YB'ye özgü ruminasyon düzeyinin gruplar arasında anlamlı bir fark gösterdiği ve Risk Grubunda daha yüksek olduğu saptanmış; dolayısıyla alternatif hipotezin doğruluğu kabul edilmiştir. İncelendiği kadarıyla, literatürde bu hipotezin birebir test edildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır; ancak, klinik görüşme, özbildirim ölçekleri, fizyolojik ölçümler ve nörokognitif testlerin kullanıldığı bir çalışmada, AN tanısı almış kadınların, kontrol grubuna kıyasla YB'ye özgü ruminasyon düzeylerinin anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, mevcut çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir (192). Ayrıca, tıkinma davranışı gösteren bireylerle yürütülen bir EMA çalışmasında, YB'ye özgü ruminasyon düzeylerindeki artışın yeme üzerindeki kontrol hissi kaybı ve aşırı yeme davranışında artışa neden olduğu tespit edilmiştir (146). Yeme üzerindeki kontrol hissi kaybı ve aşırı yeme davranışındaki artış, YB riski artışı ile tutarlılık gösterdiğinden, mevcut bulgu ile uyumlu olduğu düşünülmektedir. Bu bulguyla birlikte, henüz tanı kriterlerini karşılamayan bireylerde YB'ye özgü ruminatif

düşüncelerin önleyici tedavi programlarında tespit edilmesi ve tedavi sürecine dahil edilebilecek bir tema olarak ele alınmasının önerilebileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak, mevcut çalışmanın ilk hipotezinde özbildirim yöntemleri ile elde edilen bulguların EMA yöntemi ile de benzerlikler gösterdiği ortaya konmuştur. Ülkemizde YB'ye özgü ruminasyonu ölçebileceğimiz bir ölçeğin henüz uyarlanmamış olması, çalışmamızda YB'ye özgü ruminasyonu yalnızca EMA yöntemiyle ölçmemize neden olmuştur. Bu durum, bulgularımızı daha önceki çalışmalarla kıyaslama zorluğu yaratmasına rağmen, aynı zamanda YB'ye özgü ruminasyonun Türkiye'deki ilk ölçümünü gerçekleştirerek, bu alana önemli bir katkı sunmuş olabilmemize olanak tanımıştır. Dolayısıyla bu bulgunun, EMA literatürüne katkı sağlaması açısından önemli olduğu varsayılmaktadır.

Beden memnuniyetsizliği, gün içerisinde birçok faktör ile ilişkili olarak değişiklik gösterebilmektedir. Bundan dolayı beden memnuniyetsizliğindeki anlık olarak görülen artış ve azalışın, kişilerin YB semptom düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (161). Çalışmanın ikinci aşamasında kullanılan EMA yöntemi aracılığıyla toplanan veriler ile, Risk Grubu katılımcılarının beden memnuniyetsizliği düzeyleri ortalamasının Sağlıklı Gruba kıyasla daha yüksek olacağı, üçüncü hipotez olarak test edilmiştir. Elde edilen sonuçlar öngörülen alternatif hipotezi desteklemiştir. Mevcut bulgu, 14 gün süresince EMA ile YB tanılı ve sağlıklı kişilerin beden memnuniyeti düzeylerinin karşılaştırılmış olduğu ve tanılı grubun beden memnuniyeti düzeylerinin sağlıklı gruptan düşük olduğunu saptamış olan bir çalışma ile uyumluluk göstermektedir (193). İlgili literatürde, beden memnuniyetsizliği düzeyinin, YB riski taşıyan bireyler ile sağlıklı bireyler arasında EMA yöntemi ile kıyaslandığı bir çalışmaya incelendiği kadarıyla rastlanmamıştır. Öte yandan, YB tanılı grup ile yapılmış olan çalışmanın (193) bulgusuna uyumlu bir bulgu elde edilmiş olması, beden memnuniyetsizliği düzeyindeki artışın henüz premorbid dönemde EMA aracılığı ile de saptanabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, bireylerin beden memnuniyeti düzeylerinin gün içinde değişkenlik gösterdiği göz önüne alındığında, beden memnuniyetsizliğinin anlık ölçümlerinin değerlendirilmesi, hem belirleyicilerini hem de sonuçlarını incelemek açısından önem taşımaktadır. İlgili hipotezin test edilmesinin, literatürdeki bu ihtiyaca yönelik bir köprü niteliğinde olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın ilk hipotezini daha da derinleştirmek amacıyla, Riskli Grup katılımcılarının mizaç boyutları ile YB semptom düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bu bağlamda, zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeylerinin YB semptom düzeylerini yordayacağı öngörüsü, çalışmanın dördüncü hipotezi olarak ele alınmıştır. Özbildirim ölçeklerinden elde edilen veriler üzerinde gerçekleştirilen regresyon analizi sonuçları, Riskli Grup katılımcılarının zarardan kaçınma düzeylerinin YB semptomlarını yordadığını göstermiştir. Literatürdeki AN ve BN tanılı bireylerle yapılan çalışmalar, AN tanılı kişilerin yüksek zarardan kaçınma, yüksek sebat etme ve düşük yenilik arayışı düzeyleriyle; BN tanılı kişilerin ise yüksek zarardan kaçınma ve yüksek yenilik arayışı düzeyleriyle karakterize olduğunu göstermektedir (107, 109, 194, 195). Öte yandan, literatürde YB riski taşıyan bireylerin mizaç boyutlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. İlgili hipotezin test edilmesi sonucunda, zarardan kaçınma düzeyindeki artışın YB semptomlarındaki artışı yordadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, literatürde YB tanılı gruplar ile gerçekleştirilen çalışmaların sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir (107, 196). Bu bulgu, önleyici tedavi programlarında mizaç özellikleri aracılığıyla bireyin yaşamı üzerinde yıkıcı etkileri olan YB semptomlarının, bu özelliklerle uyumlu ve yapıcı alışkanlıklarla yeniden yapılandırılmasına yönelik bir yaklaşım geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Böylelikle bu sürecin, bireyin kişisel özelliklerine uygun, işlevsel davranışlar geliştirmesini teşvik ederek, uzun vadeli olumlu sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Mevcut literatür bulgularına dayanarak, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin dördüncü hipotezde ele alınan mizaç ile YB semptom düzeyi ilişkisine aracılık etme potansiyelini incelemenin, mizaca uyumlu şekilde tasarlanacak önleyici müdahale çalışmalarının oluşturulmasında önemli katkılar sağlayacağı öngörülmektedir. Dolayısıyla, mevcut çalışmada beşinci hipotez olarak, Riskli Grup katılımcılarının zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeyleri ile YB semptom düzeyleri arasındaki ilişkide, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin seri aracılık rolü olup olmadığını test edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, zarardan kaçınma mizaç boyutu düzeylerindeki artış, YB semptom düzeylerini yordamakta ve bu ilişkide ruminasyon ile beden memnuniyetsizliği düzeyleri seri aracılık rolü üstlenmektedir. Bu bulgu, zarardan kaçınma mizaç boyutundaki artışın, ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeylerindeki artışla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ruminasyonun artışı, beden memnuniyetsizliğinde meydana gelen artışla bağlantılıdır ve bu durum, daha şiddetli YB semptomlarıyla ilişkilendirilmektedir. Başka bir deyişle, zarardan kaçınma eğilimi yüksek olan bireyler, olumsuz düşüncelerle daha fazla meşgul olduklarından, beden

memnuniyetsizlikleri artabilir ve bu süreç, YB belirtilerinin daha da kötüleşmesine neden olabilir. İlgili literatürde tüm bu değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerini inceleyen çalışmalar mevcuttur (61,118,119); ancak bu çalışma, YB riski taşıyan kişilerde bahsedilen aracılık modelini inceleyen hem ulusal hem de uluslararası literatürdeki ilk araştırmadır. Öte yandan, bu model daha önce incelenmemiş olmakla birlikte, kesitsel olarak AN ve BN tanılı kişilerle yapılan ve ruminasyon ile beden memnuniyetsizliği düzeylerindeki artışın YB semptomlarında artışla ilişkili olduğunu gösteren çalışmaları destekler niteliktedir (65, 150, 188). Bu bulgular, önleyici tedavi programlarında özellikle zarardan kaçınma mizaç boyutu yüksek olan kişilerin artmış ruminatif düşünceleri ve beden memnuniyetsizlikleri üzerine odaklanacak çalışmalar yapılmasının önemini vurgulamaktadır.

Son olarak, beşinci hipotezi daha ayrıntılı incelemek amacıyla, zarardan kaçınma mizaç boyutuyla EMA yoluyla ölçülen YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin anlık ölçüm ortalamalarının, Risk Grubunun YB semptom düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisi test edilmiştir. Bu bağlamda, mizaç stabil bir değişken olarak ele alınmış; diğer değişkenlerin anlık olarak değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulmuştur. Dolayısıyla, hipotezin test edilmesinde mizaç değerleri özbildirim ölçekleriyle, diğer değişkenlerin değerleri ise EMA ölçümleriyle toplanarak birleştirilmiştir. Sonuçlara göre, zarardan kaçınma mizaç boyutu ve Risk Grubu arasındaki etkileşimin, YB semptom düzeyleri üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, YB riski taşıyan bireylerde zarardan kaçınma etkisinin korunduğunu, ancak yüksek düzeyde YB'ye özgü ruminasyon ve azalan beden memnuniyetinin ön plana çıkarak YB semptom düzeylerinde artışa yol açtığını düşündürmektedir. Test edilen bu hipotez bağlamında elde edilen sonuçlar, zarardan kaçınma mizaç boyutu yüksek olan bireylerin, YB Risk Grubuna dahil olmasıyla birlikte, mizaç özelliklerinin YB semptomlarına olan etkilerinin yanı sıra; yeme, kilo ve beden görünümü ile ilgili şekillenmiş kognisyonlarının da etki paydasına katıldığı görülmektedir. Bu durum, YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyeti düzeylerinin, bu bireylerin YB semptomlarını anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmasına olanak sağlamaktadır. Gelecek çalışmalar için, YB'ye özgü ruminasyonu ölçmek amacıyla kullanılan özbildirim ölçeğinin (131) Türkçe'ye kazandırılması, hem önleyici hem de müdahaleci tedavi programlarının daha detaylandırılabilmesi açısından önem taşımaktadır.

5.2. KEŞİFSEL ANALİZ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Test edilmiş olan hipotezlere ek olarak, sebat etme, ödül bağımlılığı ve yenilik arayışı mizaç boyutları için, mizaç boyutu farklılıklarının ele alınmış olduğu her bir hipotez üzerinden keşifsel analizler yürütülmüştür.

İlk keşifsel analiz, ilk hipotezde ele alınmış olan mizaç boyutu düzeylerinin gruplar arası farklılıklarını ele almak üzere uygulanmış; Sağlıklı ve Riskli Grup katılımcılarının bahsedilen mizaç boyutları düzeyleri bakımından bir farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t-testi aracılığıyla değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, Riskli Grup katılımcılarının Sağlıklı Gruba kıyasla ödül bağımlılığı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek; sebat etme düzeylerinin ise daha düşük olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, yenilik arayışı mizaç boyutunda anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Literatürde yenilik arayışının özellikle bulimik bireylerde yüksek olduğunu gösteren bulgular mevcut olmasına rağmen (107), bu çalışmada gruplar arasında fark gözlenmemesinin, katılımcıların 18-25 yaş aralığında olmalarının ve bu yaş grubunun yenilik arayışının en yüksek olduğu ergenlik ile genç yetişkinlik dönemine denk gelmesinin bir sonucu olarak değerlendirilmiştir (198, 199). Dolayısıyla, yenilik arayışının her iki grupta da doğal olarak yüksek olması, riskli ve sağlıklı gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşmamasına neden olmuş olabilir.

Literatürde ödül bağımlılığı ve sebat etme mizaç boyutları ile YB semptomları ilişkisine dayalı bazı karşıt görüşler bulunmaktadır. Bazı çalışmalar ödül bağımlılığı mizaç boyutunun yalnızca kısıtlayıcı tip AN ile ön plana çıktığını ve diğer AN tipi ile BN için farklılık göstermediğini öne sürerken (200)); bazı çalışmalar ise tıkinma çıkarma tipi AN ile BN'de yüksek ödül bağımlılığı özelliklerinin görüldüğünü bildirmektedir (201). Mevcut çalışma bulguları literatürle uyumludur; ancak Risk Grubundaki bireylerin YB riskinin alt tipinin bilinmemesi, sonuçların yorumlanmasını zorlaştırmaktadır. Öte yandan, mevcut çalışmada sebat etme mizaç boyutu düzeyleri ortalamasının Riskli Grupta anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum literatürde bazı çalışmaların yalnızca AN tanılı kişilerde sebat etme düzeyinin ön plana çıktığını (101); diğer çalışmaların ise hem AN hem BN tanılı kişilerde bu düzeylerin sağlıklı gruba göre yüksek olduğunu ortaya koyması ile çelişmektedir (200). Mevcut çalışmadaki deney grubunun AN ve BN riski taşıyan kişilerden oluşmuş karma bir yapıda oluşu, hem ödül bağımlılığı hem de sebat etme mizaç boyutlarıyla ilgili literatür bilgisine detaylı bir yön

verme noktasında çalışmayı kısıtlı kılmaktadır. Gelecek çalışmaların grupların homojenitesini arttırarak bahsedilen mizaç boyutları üzerinden değerlendirmeler yapması, öne sürülen sonuçlara berraklık katacaktır.

İkinci keşifsel analiz değerlendirmesi, dördüncü araştırma sorusu üzerinden yürütülmüştür. Bu analizde bahsedilen mizaç boyutu düzeylerinin Risk Grubu katılımcılarının YB semptom düzeylerini yordayıp yordamadığı ele alınmıştır. Gerçekleştirilen regresyon analizleri sonucunda, Risk Grubu katılımcılarının ödül bağımlılığı mizaç boyutu düzeyinin YB semptom düzeylerini yordadığı; bunun dışında, sebat etme ve yenilik arayışı mizaç boyutu düzeylerinin YB semptom düzeylerini yordamadığı tespit edilmiştir. Bu keşifsel analiz sonucuna göre, ödül bağımlılığı mizaç boyutunun sahip olduğu bu etkinin bir sebebi olarak, grupta çoğunlukla tıkinma-çıkarma patolojisini paylaşan bireylerin bulunma ihtimalinin olabileceği düşünülmüştür. Claes ve ark. (202), yeme bozukluklarının obsesif-kompulsif ve dürtüsel özelliklerin farklı derecelerde görüldüğü bir spektrum boyunca yer alabileceğini öne sürmüştür. Özellikle kısıtlayıcı tip AN'nin spektrumun obsesif kutbuna; öte yandan tıkinma-çıkarma tipi AN ve BN'nin dürtüsel kutba ait olduğu düşünülmektedir. Bu noktada tıkinma-çıkarma tipi AN ve BN'de ortak olarak paylaşılan tıkinma davranışının, bu kişiler için "ödüllendirici" davranışlar olduğu öne sürülmektedir (203). YB riskli bireyler üzerine yapılacak gelecek çalışmalarda, bireylerin risklerini farklı tipler üzerinden tanımlayarak öne çıkan mizaç boyutu düzeylerini tespit etmenin, bu bireylerin koruyucu tedavi girişimlerinde daha detaylı bir bilgi elde edilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

İlgili literatürde AN semptomlarının, yüksek sebat etme ve yüksek zarardan kaçınma mizaç boyutları tarafından yordandığı öne sürülürken; BN semptomlarının yüksek yenilik arayışı ve yüksek zarardan kaçınma mizaç boyutları tarafından yordandığı ortaya konmuştur (107, 109, 194, 195). Mevcut çalışmada sebat etme ve yenilik arayışı mizaç boyutları üzerinden anlamlı bir regresyon modeli tanımlanamamış olmasının, Risk Grubunun yalnızca AN veya BN riski taşıyan bireyleri içermemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonucun, AN ve BN için öne çıkan tek ortak mizaç boyutunun zarardan kaçınma olması ve Risk Grubunun AN ve BN riski taşıyan bireylerden oluşan karma bir grup olarak yapılandırılmasına bağlı olabileceği varsayılmaktadır. Gelecek çalışmalarda, AN ve BN riskini ayrı ayrı değerlendiren grupların oluşturulmasının, farklı mizaç boyutlarının bu farklı risk gruplarındaki etkilerini incelemek adına faydalı

olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, literatürde YB riski taşıyan bireylerin mizaç boyutlarının incelendiği bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle, mevcut çalışmada AN ve BN riski taşıyan bir grubun ortak olarak paylaştıkları zarardan kaçınma mizaç boyutu haricinde YB semptomlarının hangi mizaç boyutları tarafından yordanacağını öngörülebilmesi sebebiyle keşifsel analizler gerçekleştirilmiştir. Böylelikle sonuçların yalnızca zarardan kaçınma mizaç boyutunu öne sürmek ile sınırlı kalmaması, ilerideki çalışmaların ödül bağımlılığı mizaç boyutunu da riskli kişiler ile yürütecekleri çalışmalarda öne çıkarması gerektiği vurgulanabilmektedir.

Bir diğer keşifsel analiz, beşinci hipotezde yer alan Riskli Grup katılımcılarının mizaç boyutu düzeyleri ile YB semptom düzeyleri arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracı rolünü, zarardan kaçınma dışındaki mizaç boyutları üzerinden incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı mizaç boyutu düzeylerindeki farklılık ile katılımcıların YB semptom düzeyleri arasındaki ilişkide ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği aracı rol oynadığı görülmüştür. Bu bulgular, bir önceki hipotez üzerinden yürütülen keşifsel analiz ile ele alındığında, yenilik arayışı için YB semptom düzeylerini doğrudan yordamadığını; ancak YB riskli bireylerin ruminatif düşünceleri aracılığıyla YB semptom düzeylerindeki artışa neden olabileceğini göstermektedir. Ödül bağımlılığı mizaç boyutunun ise, YB semptom düzeylerini hem doğrudan hem de seri aracılar yoluyla etkileyerek bu bozuklukların gelişiminde çok katmanlı bir rol oynadığı ortaya konmuştur. Ödül bağımlılığına dayalı olan bu bulgunun, ödül bağımlılığının hedefe ulaşmada ısrarlı olmak ile ilişkilendirilmesi ve kayıp ya da hayal kırıklığı yaratan bir durumla karşılaşıldığında bile hedeften ayrılmada güçlük yaşanmasına yol açabilmesi nedeniyle, ruminatif düşünme ve haliyle beden memnuniyetsizliğine neden olması üzerinden açıklanabileceği düşünülmektedir (113).

Son keşifsel analiz, son araştırma sorusu üzerinden yapılandırılmış ve yenilik arayışı, sebat etme ve ödül bağımlılığı mizaç boyutu düzeyleri ile EMA aracılığıyla ölçülen YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği düzeylerinin anlık ölçümler ortalamaları, YB semptom düzeylerinin anlık ölçümler ortalamasını yordayıp yordamadığı sorusu ele alınmıştır. Elde edilen bulgulara göre, yenilik arayışı mizaç boyutu ve ödül bağımlılığı mizaç boyutu düzeylerinin de, tıpkı zarardan kaçınma mizaç boyutunda olduğu gibi, gruplar ayrılmadan önce YB semptom düzeyini öngördüğü; risk

faktörü hesaba katıldığında etkisini koruduğu, ancak etki payının azaldığı gözlemlenmiştir. Öte yandan sebat etme mizaç boyutu düzeylerinin, YB semptom düzeyleri üzerinde herhangi bir grup etkileşiminde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunamamıştır. Bununla birlikte, tüm mizaç boyutları modellerinde Risk Grubu katılımcılarının YB semptom düzeylerindeki artışa, YB'ye özgü ruminasyon düzeylerinin anlamlı bir etkisi olduğu; ancak beden memnuniyetsizliği düzeylerinin etki etmediği saptanmıştır. EMA ile YB'ye özgü ruminasyonun doğrudan ölçülmesi sağlanmış olsa da, YB'ye özgü ruminasyon ölçeğinin henüz Türkçeye uyarlanamamış olması nedeniyle YB'ye özgü ruminasyon ile beden memnuniyetsizliğinin korelasyonu teknik olarak incelenememiştir. Bu noktada YB'ye özgü ruminasyon ile beden memnuniyetsizliğinin arasında çoklu doğrusal bağlantı (multicollinearity) oluşmuş olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla YB'ye özgü ruminasyonun etkisinin, beden memnuniyetsizliğinin etkisini örtmüş olabileceği varsayılmıştır. Elde edilen bu bulguların ışığında, keşifsel analize dahil edilmiş olan mizaç boyutlarının YB semptom düzeyleri üzerindeki etkilerinin, YB'ye özgü ruminasyonun aracılık edici rolüyle daha iyi anlaşılabilir olduğu düşünülmektedir.

İlgili literatürde yeme bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (204). Bu nedenle, mevcut çalışma örneklemini yalnızca kadınlardan oluşturulmuştur. Örneklem yalnızca kadınlardan oluşması, çalışmanın temel kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, gelecekteki çalışmalarda örnekleme erkeklerin de dahil edilmesi, genellenebilirliği artıracaktır. Bu çalışmanın kesitsel yapısının yanı sıra, ölçülebilirliği artırmak çalışmanın ikinci aşamasında ölçümler, EMA yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. EMA örneklemini, ilgili literatür doğrultusunda kabul edilebilir bir katılımcı sayısına sahiptir. (161, 205). Buna karşın, yine de gelecekteki çalışmaların daha geniş bir örneklem ile gerçekleştirilmesi, sonuçların popülasyon için geçerliliğinin arttırılmasını sağlayacaktır. Ayrıca, çalışmanın EMA aşamasına katılan katılımcıların öne çıkan mizaç boyutlarının da elde edilen sonuçlarda bir etkisinin olabildiğini düşündürmektedir; ancak mevcut çalışmada bu bulgu saptanmamıştır, bu durum ise çalışmanın bir diğer kısıtlılığı olarak değerlendirilmiştir. Yeme bozuklukları çok dinamikli bir yapı olarak ele alınmaktadır. Mevcut çalışmada ele alınan seri aracılık modelinde yalnızca ruminasyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık rolüne odaklanılması, çalışmanın bir diğer kısıtlılığını oluşturmaktadır. Gelecek çalışmalarda, mizaç boyutlarının YB riskli gruplardaki

semptom düzeylerini yordama ilişkisindeki diğer aracı unsurları da ele alması, YB etiyojisindeki faktörlerin daha iyi anlaşılması, böylelikle önleyici tedavi programlarının daha da zenginleştirilebilmesine katkı sağlayacaktır. Son olarak, uluslararası literatürde yer alan YB'ye özgü ruminasyon ölçeği henüz ülkemizde Türkçe'ye uyarlanmamıştır; bu durum, çalışmanın özbildirim ölçekleri ile ölçümlerin yapıldığı kısmında bu ölçeğin kullanılamamasına neden olmuştur. Gelecekteki çalışmaların uyarlama çalışmasının yapılmasının ardından, bu ölçek ile yeme bozukluğu risk gruplarında ruminasyonu taramaları, etiyojik faktörlerin daha detaylı ele alınması açısından önem arz etmektedir.

Bu çalışma, AN ve BN riskli bireylerden oluşan bir deney grubunu hedef alarak, YB semptom düzeylerini yordayan mizaç boyutlarını ve bu modelde ruminasyon ile beden memnuniyetsizliğinin aracı değişken rolünü özbildirim ölçekleri ve ekolojik anlık değerlendirme yöntemiyle inceleyen, hem ulusal hem de uluslararası literatürdeki ilk çalışmadır. Özellikle yeme bozuklukları gibi fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda, kişinin işlevselliğinde birçok olumsuz çıktısı olabilecek bir hastalığın, henüz premorbid dönemde iken ele alınabilmesi ve önleyici tedavi sürecine farklı iki ölçme yöntemi kullanarak elde edilen sonuçlar ile katkı sağlayabilmesi adına, hem Türkçe hem uluslararası literatüre derinlik kazandırmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma, öz bildirim ölçekleri ve ekolojik anlık değerlendirme yöntemini kullanarak, yeme bozukluğu riskli kişilerde, yeme bozuklukları semptom düzeylerini yordayan faktörleri hem retrospektif hem de gerçek zamanlı olarak değerlendirme imkanı sunmuştur. Örneklemenin yeme bozukluğu riski taşıyan bireylerden oluşturulmuş olması, bu kişilerin henüz hastalık aşamasına gelmeden, yeme bozukluğu semptomlarını geliştirmelerinde hangi faktörlerin etkili olduğuna dair mevcut literatür bilgisini geliştirmeye olanak sağlamıştır. Bu durum, erken dönemde uygulanacak müdahale stratejilerinin şekillendirilmesine katkı sağlayarak, bireylere bu risk faktörleri ile nasıl başa çıkacaklarına dair destek sunulmasını mümkün kılmıştır. Yöntemin yalnızca geriye dönük öz bildirim ölçekleri üstünden yapılandırılmayıp aynı zamanda ekolojik anlık değerlendirme ile desteklenmesi ise, henüz Türkçe'ye uyarlanmamış olan yeme bozukluklarına özgü ruminasyon ölçeğinin anlık değerlendirme üzerinden değerlendirilip YB semptom düzeyine ettiği etkinin anlaşılmasına ve iki yöntemden elde edilen bulguların karşılıklı olarak değerlendirmesine imkan açarak, alana metodolojik olarak da bir katkı sağlanmasına imkan sunmuştur.

Çalışmanı üzerine yoğunlaşmış olduğu seri aracılık modeli ile, farklı mizaç boyutundaki düzey artışının, YB riskli olan kişilerde YB semptom düzeylerini nasıl etkilediği ve bu ilişkide ruminasyon ile beden memnuniyetsizliğinin etkisinin ne denli güçlü olduğunun daha iyi anlaşılması sağlanmıştır. Çalışmanın öz bildirim ölçekleri üzerinden varılan sonuçları, YB Risk Grubu'nda zarardan kaçınma mizaç boyutundaki artışın YB semptom düzeyini arttırmaya etki ettiğini ve bu etkide artan ruminasyon ile beden memnuniyetsizliğinin aracı rol üstlendiğini göstermiştir. Ekolojik anlık değerlendirme ile desteklenmeye çalışıldığı noktada ise elde edilen bulgular, ruminasyon ile benzer etkiye sahip olan YB'ye özgü ruminasyon ve beden memnuniyetsizlik düzeylerindeki artışın YB semptom düzeylerindeki artışa sebep olduğunu göstererek öz bildirim ölçeklerinden edinilen sonuçları destekler nitelikte olmuştur. Hipotezlere ek olarak diğer mizaç boyutları için yapılmış olan keşifsel analizler ise, literatür üzerinden oldukça sınırlı şekilde ulaşabildiğimiz bilgileri genişletmeye imkan sunmuştur. Bu noktada, elde edilen sonuçlar, yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı mizaç boyutlarının etkilerinin, tıpkı zarardan kaçınma mizaç boyutunun YB semptom düzeyleri üzerindeki etki payları gibi, kişilerin YB riski taşıdıkları kabul edilmeye başlandığı andan itibaren

ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği ile paylaşıldığını göstermektedir. Buna karşılık, sebat etme mizaç boyutunun bu ilişkide herhangi bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Araştırma, bu yönüyle de mevcut literatür bilgisine katkı sunmaktadır.

Tüm bu sonuçlar, yeme bozukluğu riski taşıyan bireylerde belirginleşen ruminatif düşünme biçiminin ve bunun mizaç ile ilişkisine yönelik ölçümlerin incelenmesine katkı sağlamış, sağlıklı popülasyonda YB riskinin daha erken tespiti ile önleyici müdahale programlarının geliştirilmesine yönelik Türkçe literatüre destek sağlamıştır. Bu bağlamda çalışma, hem içerik olarak koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerine hem de metodolojik açıdan literatüre katkı sunmaktadır.



KAYNAKLAR

1. Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
2. Magill, N., Rhind, C., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Arcelus, J., ... & Treasure, J. (2016). Two-year follow-up of a pragmatic randomised controlled trial examining the effect of adding a carer's skill training intervention in inpatients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 122-130. <https://doi.org/10.1002/erv.2422>
3. Wonderlich, S. A., Bulik, C. M., Schmidt, U., Steiger, H., & Hoek, H. W. (2020). Severe and enduring anorexia nervosa: Update and observations about the current clinical reality. *International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1303-1312. <https://doi.org/10.1002/eat.23283>
4. Maine, M. D., Samuels, K. L., & Tantillo, M. (2015). Eating disorders in adult women: Biopsychosocial, developmental, and clinical considerations. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 133-143. <https://doi.org/10.1080/21662630.2014.999103>
5. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975-990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
6. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
7. Bufferd, S. J., Levinson, C. A., Olino, T. M., Dougherty, L. R., Dyson, M. W., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2022). Temperament and psychopathology in early childhood predict body dissatisfaction and eating disorder symptoms in adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 151, 104039. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104039>
8. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
9. Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187-198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
10. Frank, G. K., Shott, M. E., & DeGuzman, M. C. (2019). Recent advances in understanding anorexia nervosa. *F1000Research*, 8. <https://doi.org/10.12688/f1000research.17789.1>
11. Dinesen, A. W., Bardow, A., Pedersen, A. M. L., & Nauntofte, B. (2004). Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa with special reference to salivary changes. *Oral Biosciences & Medicine*, 1(3), 151-169. <https://doi.org/10.1054/j.obm.2004.09.002>
12. Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating behaviors*, 5(1), 13-25. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00057-6](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00057-6)
13. Örsel, S., Işık Canpolat, B., Akdemir, A., & Özbay, M. H. (2004). Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
14. Akgül, S., Akdemir, D., Kara, M., Derman, O., Çetin, F. Ç., & Kanbur, N. (2016). The understanding of risk factors for eating disorders in male adolescents. *International journal of adolescent medicine and health*, 28(1), 97-105. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2014-0078>
15. Gull, W. W. (1874). Introductory address on the study of medicine. *British Medical Journal*, 2(718), 425.
16. Walsh, B. T., Attia, E., Glasofer, D. R., & Sysko, R. (Eds.). (2015). Handbook of assessment and treatment of eating disorders. *American Psychiatric Pub*.
17. Bemporad, J. R. (1996). Self-starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 217-237. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199604\)19:3<217::AID-EAT1>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199604)19:3<217::AID-EAT1>3.0.CO;2-P)
18. Lacey, J. H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 285(6357), 1816.
19. Laseque, C. (1873). On hysterical anorexia. In M. R. Kaufman & M. Herman (Eds.), *Evolution of a psychosomatic concept: Anorexia nervosa* (pp. 141-155). International Universities Press.
20. Simmonds, M. (1914). Ueber embolische Prozesse in der Hypophysis. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, 217, 226.

21. Waller, J. V., Kaufman, R. M., & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2(1), 3-16.
22. Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
23. Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57-63.
24. Görgülü, Y. (2013). Yeme bozukluklarında tanı ve sınıflandırma. In B. Yücel, A. Karakoç Akdemir, A. Gürdal Küey, F. Maner, & E. Vardar (Eds.), *Yeme bozuklukları ve obezite tanı ve tedavi kitabı* (pp. 10-27). Türkiye Psikiyatri Derneği.
25. Garfinkel, P. E. (2002). Classification and diagnosis of eating disorders. In W. A. A. S. Brown & K. D. W. Garfinkel (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 155-161). New York: Guilford Press.
26. Lattimore, P. J., Wagner, H. L., & Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: An observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 8(5), 355-368. <https://doi.org/10.1002/erv.517>
27. Sidiropoulos, M. (2007). Anorexia nervosa: The physiological consequences of starvation and the need for primary prevention efforts. *McGill Journal of Medicine: MJM*, 10(1), 20-25. <https://doi.org/10.26443/mjm.v10i1.468>
28. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)
29. Fang, R. (2020). Prevalence of eating disorders in men versus women. In T. Mandel (Ed.), *An ecological approach to obesity and eating disorders* (pp. 123-145). Clemson University Press.
30. Nasser, M. (1993). A prescription of vomiting: historical footnotes. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 129-131. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199301\)13:1<129::AID-EAT2260130116>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199301)13:1<129::AID-EAT2260130116>3.0.CO;2-Y)
31. Parry-Jones, B., & Parry-Jones, W. L. (1993). Self-mutilation in four historical cases of bulimia. *The British Journal of Psychiatry*, 163(3), 394-402. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.3.394>
32. Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (Eds.). (1997). Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.). Guilford Press.
33. Fairburn, C. G., & Garner, D. M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 403-419.
34. Broussard, B. B. (2005). Women's experiences of bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 43-50.
35. Rosten, A., & Newton, T. (2017). The impact of bulimia nervosa on oral health: A review of the literature. *British Dental Journal*, 223(7), 533-539. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.837>
36. Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
37. Mitchell, J. E., Pomeroy, C., & Adson, D. E. (1997). Managing medical complications. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 383-393). The Guilford Press.
38. Mitchell, J. E., Agras, S., & Wonderlich, S. (2007). Treatment of bulimia nervosa: where are we and where are we going? *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 95-101. <https://doi.org/10.1002/eat.20343>
39. Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
40. Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 375-406. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00012-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00012-3)
41. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.393>
42. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
43. Bulik, C. M., Thornton, L. M., Root, T. L., Pisetsky, E. M., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2010). Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. *Biological Psychiatry*, 67(1), 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.08.010>

44. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 1–20. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200001\)27:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-2)
45. Klump, K. L., Kaye, W. H., & Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 215–225. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70218-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70218-5)
46. Klump, K. L., Keel, P. K., Culbert, K. M., & Edler, C. (2008). Ovarian hormones and binge eating: Exploring associations in community samples. *Psychological Medicine*, 38(12), 1749–1757. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003760>
47. Klump, K. L., Keel, P. K., Sisk, C., & Burt, S. A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological Medicine*, 40(10), 1745–1753. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992236>
48. Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1715–1721. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05176blu>
49. Pearson, C. M., Miller, J., Ackard, D. M., Loth, K. A., Wall, M. M., Haynos, A. F., & Neumark-Sztainer, D. (2017). Stability and change in patterns of eating disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 748–757. <https://doi.org/10.1002/eat.22735>
50. Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
51. Steinglass, J. E., Lempert, K. M., Choo, T. H., Kimeldorf, M. B., Wall, M., Walsh, B. T., & Simpson, H. B. (2017). Temporal discounting across three psychiatric disorders: Anorexia nervosa, obsessive compulsive disorder, and social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 34(5), 463–470. <https://doi.org/10.1002/da.22599>
52. Frank, G. K. (2015). Advances from neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectrums*, 20(4), 391–400. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000012>
53. Zerbe, K. (2015). Psychodynamic theory of eating disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Eds.), *The Wiley handbook of eating disorders* (pp. 253–268). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch15>
54. Bruch, H. (1979). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Vintage Books.
55. Crisp, A. H., & Burns, T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 5–10. <https://doi.org/10.1002/eat.2260020402>
56. Parman, T. (2000). Ergenlik bir düş zamanı. In A. Gürdal Küey, T. İkiz, L. Kayaalp, R. Tükel, & E. Abrevaya (Eds.), *Psikanaliz yazıları 1: Yüzyıl sonra düş ve düşlerin yorumu* (ss. 25–31). Bağlam Yayınları.
57. Özsoy, E. V. (2017). Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 255–266.
58. Siyez, D. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (20), 21–27.
59. Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., ... & Moba ssarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences*, 20(4), 157.
60. Lavender, J. M., De Young, K. P., & Wonderlich, S. A. (2015). Personality as a risk factor for eating disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Eds.), *The Wiley handbook of eating disorders* (pp. 418–429). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch25>
61. Verstraeten, K., Vasey, M. W., Raes, F., & Bijttebier, P. (2009). Temperament and risk for depressive symptoms in adolescence: Mediation by rumination and moderation by effortful control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(3), 349–361. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9293-x>
62. Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
63. Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 375–387. <https://doi.org/10.1037/a0016510>
64. Birmachu, A. M., Heidelberger, L., & Klem, J. (2021). Rumination and perceived social support from significant others interact to predict eating disorder attitudes and behaviors in university students. *Journal of American College Health*, 69(5), 488–494. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1682001>
65. Startup, H., Lavender, A., Oldershaw, A., Stott, R., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). Worry and rumination in anorexia nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 301–316. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000847>

66. Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
67. Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 140–149. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.140>
68. Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, P., & Rodin, J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 499–509. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198909\)8:5<499::AID-EAT2260080502>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198909)8:5<499::AID-EAT2260080502>3.0.CO;2-A)
69. Wade, T., George, W. M., & Atkinson, M. (2009). A randomized controlled trial of brief interventions for body dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 845–854. <https://doi.org/10.1037/a0016879>
70. Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4), 707–711. <https://doi.org/10.1017/S0033291700041209>
71. Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123–150. <https://doi.org/10.1007/BF01183887>
72. Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79–90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
73. Roer, G. E., Solbakken, H. H., Abebe, D. S., Aaseth, J. O., Bolstad, I., & Lien, L. (2021). Inpatients' experiences about the impact of traumatic stress on eating behaviors: An exploratory focus group study. *Journal of Eating Disorders*, 9, 119. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00480-y>
74. Krauss, S., Dapp, L. C., & Orth, U. (2023). The link between low self-esteem and eating disorders: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychological Science*, 11(6), 1141–1158. <https://doi.org/10.1177/21677026221144255>
75. Bufferd, S. J., Levinson, C. A., Olino, T. M., Dougherty, L. R., Dyson, M. W., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2022). Temperament and psychopathology in early childhood predict body dissatisfaction and eating disorder symptoms in adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 151, 104039. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104039>
76. Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
77. Mitrovic, M., Hadzi-Pesic, M., Stojanovic, D., & Milicevic, N. (2014). Personality traits and global self-esteem of alcohol addicts. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 255–259. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.224>
78. Ata, R. N., Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2015). Sociocultural theories of eating disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Eds.), *The Wiley handbook of eating disorders* (pp. 269–282). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch16>
79. Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Koehler, L. G., Danzi, L. E., Riddell, M. K., & Bardone-Cone, A. M. (2012). Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*, 9(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.002>
80. Ambwani, S., Shippe, M., Gao, Z., & Austin, S. B. (2019). Is #cleaneating a healthy or harmful dietary strategy? Perceptions of clean eating and associations with disordered eating among young adults. *Journal of Eating Disorders*, 7, 17. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0246-2>
81. Baker, J. H., Maes, H. H., Lissner, L., Aggen, S. H., Lichtenstein, P., & Kendler, K. S. (2009). Genetic risk factors for disordered eating in adolescent males and females. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 576. <https://doi.org/10.1037/a0016253>
82. Yilmaz, Z., Szatkiewicz, J. P., Crowley, J. J., Ancalade, N., Brandys, M. K., van Elburg, A., ... & Bulik, C. M. (2017). Exploration of large, rare copy number variants associated with psychiatric and neurodevelopmental disorders in individuals with anorexia nervosa. *Psychiatric Genetics*, 27(4), 152–158. <https://doi.org/10.1097/YPG.0000000000000187>
83. Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Quaranta, M., Koch, S. V., ... & Bulik, C. M. (2017). Eating disorders, autoimmune, and autoinflammatory disease. *Pediatrics*, 140(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2590>
84. Canals, J., Sancho, C., & Arija, M. V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 353–359. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0007-1>
85. Åhrén, J. C., Chiesa, F., af Klinteberg, B., & Koupil, I. (2012). Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa—results from the Stockholm Birth Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 362–369.

86. Watson, H. J., O'Brien, A., & Sadeh-Sharvit, S. (2018). Children of parents with eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 20, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0925-5>
87. Robinson, L., Zhang, Z., Jia, T., Bobou, M., Roach, A., Campbell, I., ... & Desrivieres, S. (2020). Association of genetic and phenotypic assessments with onset of disordered eating behaviors and comorbid mental health problems among adolescents. *JAMA Network Open*, 3(12), e2026874. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.26874>.
88. Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 119–125. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.119>
89. Martinsen, M., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45(6), 1188-1197. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3182850e62>
90. Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691-701. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.008>
91. Stice, E., Rohde, P., Gau, J., & Shaw, H. (2009). An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 825. <https://doi.org/10.1037/a0016062>
92. Keel, P. K., & Heatherton, T. F. (2010). Weight suppression predicts maintenance and onset of bulimic syndromes at 10-year follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 268. <https://doi.org/10.1037/a0018772>
93. Schultheiss, K. (2021). The internal image: Mind and brain in the age of Charcot. *Modern Intellectual History*, 18(1), 23–46. <https://doi.org/10.1017/S1479244319000201>
94. Yanbastı, G. (1990). Kişilik kuramları: Ders kitabı. *Ege Üniversitesi Basımevi*.
95. Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3(2), 167–226.
96. Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
97. Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological Reports*, 69(3Pt1), 1047–1057. <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.69.3.1047>
98. Cloninger, C. R. (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality.
99. Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2000). Personality disorders. In *The Medical Basis of Psychiatry* (pp. 471–483). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-252-6_28
100. Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4(2), 266-273. [https://doi.org/10.1016/0959-4388\(94\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0959-4388(94)90026-4)
101. Arkar, H., Sorias, O., Tunca, Z., Şafak, C., Alkın, T., Akdede, B. B., & Cimilli, C. (2005). Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 190–204.
102. Rettew, D. C., & McKee, L. (2005). Temperament and its role in developmental psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/10673220590923146>
103. Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0585-x>
104. Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
105. Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., & Abbate Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 81–90. <https://doi.org/10.1007/BF03325050>
106. Miettunen, J., & Raevuori, A. (2012). A meta-analysis of temperament in axis I psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 152–166. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.03.008>
107. Atiye, M., Miettunen, J., & Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 89–99. <https://doi.org/10.1002/erv.2342>
108. 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. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 412–425. <https://doi.org/10.1002/eat.10099>
109. Taborelli, E., Krug, I., Karwautz, A., Wagner, G., Haidvogl, M., Fernandez-Aranda, F., ... & Micali, N. (2013). Maternal anxiety, overprotection and anxious personality as risk factors for eating disorder: A sister pair study. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 820–828. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9518-8>
110. Díaz-Marsá, M., Luis, J., & Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 352–359. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.352>
111. Krug, I., Pinheiro, A. P., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., ... & Fernández-Aranda, F. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: Comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(1), 82–87. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01966.x>
112. Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259–282. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.259>
113. Nolen-Hoeksema, S. (1998). Ruminative coping with depression. In J. Heckhausen & C. S. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span* (pp. 237–256). *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527869.011>
114. Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(1), 96–107. <https://doi.org/10.1177/0146167202238375>
115. Chalabianloo, G. R., & Parvaz, R. (2022). The role of temperament, rumination, cognitive flexibility, and trait anxiety in predicting depressive mood. *Psychological Studies*, 18(1), 11–24. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.33726.2347>
116. Chalabianloo, G. R., & Parvaz, R. (2022). The role of temperament, rumination, cognitive flexibility, and trait anxiety in predicting depressive mood. *Psychological Studies*, 18(1), 11–24. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.33726.2347>
117. Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291–313. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.115.2.291>
118. Manfredi, C., Caselli, G., Rovetto, F., Rebecchi, D., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., & Spada, M. M. (2011). Temperament and parental styles as predictors of ruminative brooding and worry. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.023>
119. Svaldi, J., & Naumann, E. (2014). Effects of rumination and acceptance on body dissatisfaction in binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 338–345. <https://doi.org/10.1002/erv.2280>
120. Grogan, S., & Van Daalen-Smith, C. (2000). Body image. *Canadian Woman Studies*, 20(3), 202.
121. Brechan, I., & Kvale, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating behaviors*, 17, 49–58.
122. Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624–627. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>
123. Frederick, D. A., & Essayli, J. H. (2016). Male body image: The roles of sexual orientation and body mass index across five national U.S. studies. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(4), 336–351. <https://doi.org/10.1037/men0000031>
124. Jiotsa, B., Naccache, B., Duval, M., Rocher, B., & Grall-Bronnec, M. (2021). Social media use and body image disorders: Association between frequency of comparing one's own physical appearance to that of people being followed on social media and body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2880. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062880>
125. Prefit, A. B., Căndea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2020). Effects of acceptance and reappraisal on body dissatisfaction: An experimental comparison of two adaptive emotion regulation strategies. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 803–809. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00691-y>
126. Neumark-Sztainer, D., Levine, M. P., Paxton, S. J., Smolak, L., Piran, N., & Wertheim, E. H. (2006). Prevention of body dissatisfaction and disordered eating: *What next?* *Eating Disorders*, 14(4), 265–285. <https://doi.org/10.1080/10640260600796184>
127. Rodgers, R. F., & DuBois, R. H. (2016). Cognitive biases to appearance-related stimuli in body dissatisfaction: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 46, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.006>

128. Etu, S. F., & Gray, J. J. (2010). A preliminary investigation of the relationship between induced rumination and state body image dissatisfaction and anxiety. *Body Image*, 7(1), 82–85. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.004>
129. McComb, S. E., & Mills, J. S. (2021). Young women's body image following upwards comparison to Instagram models: The role of physical appearance perfectionism and cognitive emotion regulation. *Body Image*, 38, 49–62. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.05.003>
130. Park, R. J., Dunn, B. D., & Barnard, P. J. (2011). Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa I: A novel process account. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(4), 415–437. <https://doi.org/10.1521/ijct.2011.4.4.415>
131. Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2011). Assessing rumination in eating disorders: Principal component analysis of a minimally modified ruminative response scale. *Eating Behaviors*, 12(4), 321–324. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.08.001>
132. Soleymani, A., Mazidi, M., Neimeijer, R., & de Jong, P. J. (2022). Eating disorder-specific rumination moderates the association between attentional bias to high-calorie foods and eating disorder symptoms: Evidence from a reliable free-viewing.
133. Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E., & Fassino, S. (2010). Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 520–524. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4c6f7>
134. Jones, H., McIntosh, V. V., Britt, E., Carter, J. D., Jordan, J., & Bulik, C. M. (2022). The effect of temperament and character on body dissatisfaction in women with bulimia nervosa: The role of low self-esteem and depression. *European Eating Disorders Review*, 30(4), 388–400. <https://doi.org/10.1002/erv.2850>
135. Richards, K. L., Phillips, M., Grycuk, L., Hyam, L., Allen, K., & Schmidt, U. (2024). Clinician perspectives of the implementation of an early intervention service for eating disorders in England: a mixed method study. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01000-4>
136. Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., & Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00538-3>
137. Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Ong, S. H., Vatter, S., Le, A., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Eating disorder outcomes: Findings from a rapid review of over a decade of research. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00841-9>
138. Bryant, E., Spielman, K., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Screening, assessment and diagnosis in the eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00511-4>
139. Heilbronner, S. R., & Hayden, B. Y. (2016). Dorsal anterior cingulate cortex: a bottom-up view. *Annual Review of Neuroscience*, 39(1), 149–170. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-070815-013952>
140. Harrison, R., Zeidan, F., Kitsaras, G., Ozcelik, D., & Salomons, T. V. (2019). Trait mindfulness is associated with lower pain reactivity and connectivity of the default mode network. *The Journal of Pain*, 20(6), 645–654. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.01.009>
141. Friederich, H. C., Brooks, S., Uher, R., Campbell, I. C., Giampietro, V., Brammer, M., Williams, S. C. R., Herzog, W., & Treasure, J. (2010). Neural correlates of body dissatisfaction in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*, 48(10), 2878–2885. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.04.036>
142. Sachdev, P., Mondraty, N., Wen, W., & Gulliford, K. (2008). Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: An fMRI study. *Neuropsychologia*, 46(8), 2161–2168. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2008.02.031>
143. Gardini, S., Cloninger, C. R., & Venneri, A. (2009). Individual differences in personality traits reflect structural variance in specific brain regions. *Brain Research Bulletin*, 79(5), 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2009.02.010>
144. Hu, J., Lee, D., Hu, S., Zhang, S., Chao, H., & Li, C. S. R. (2016). Individual variation in the neural processes of motor decisions in the stop signal task: The influence of novelty seeking and harm avoidance personality traits. *Brain Structure and Function*, 221, 2607–2618. <https://doi.org/10.1007/s00429-015-1162-5>
145. Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K., Okamoto, Y., & Yamawaki, S. (2016). Functional associations of temperamental predisposition and brain responses while processing stressful word stimuli related to interpersonal relationships in bulimia nervosa patients: An fMRI study. *J Neuroimaging Psychiatry Neurol*, 1(1), 46–53. <https://doi.org/10.14412/jnppn.2016.2>
146. Donnelly, B., Touyz, S., Hay, P., Burton, A., Russell, J., & Caterson, I. (2018). Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 6, 1–24. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0204-0>

147. Koithan, E. M., King, J. A., Ehrlich, S., & Haynos, A. F. (2024). Neuroimaging and eating disorders. In *Eating Disorders: An International Comprehensive View* (pp. 1-23). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-02693-5_1
148. Berg, B. L., & Lune, H. (2019). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Eğitim Yayınevi*.
149. Segura-García, C., Chiodo, D., Sinopoli, F., & De Fazio, P. (2013). Temperamental factors predict long-term modifications of eating disorders after treatment. *BMC Psychiatry*, 13, Article 288. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-288>
150. Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Trentowska, M., Caffier, D., & Svaldi, J. (2015). The effects of a self-esteem manipulation on body dissatisfaction in binge eating disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*, 6(1), 28–39. <https://doi.org/10.5127/jep.040213>
151. Kirtley, O., Hiekkaranta, A., Kunkels, Y., Eisele, G., Verhoeven, D., van Nierop, M., & Germeys, I. (2020). The Experience Sampling Method (ESM) item repository. *OSF Preprints*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KG376>
152. Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Troop-Gordon, W., & Sand, E. (2012). Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body Image*, 9(3), 352–357. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.03.005>
153. Yang, F., Qi, L., Liu, S., Hu, W., Cao, Q., Liu, Y., ... & Yang, Y. (2022). Body dissatisfaction and disordered eating behaviors: The mediation role of smartphone addiction and depression. *Nutrients*, 14(6), 1281. <https://doi.org/10.3390/nu14061281>
154. Thunissen, M. R., aan het Rot, M., van den Hoofdakker, B. J., & Nauta, M. H. (2022). Youth psychopathology in daily life: Systematically reviewed characteristics and potentials of ecological momentary assessment applications. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(6), 1129-1147. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01252-6>
155. Eisele, G., Lafit, G., Vachon, H., Kuppens, P., Houben, M., Myin-Germeys, I., & Viechtbauer, W. (2021). Affective structure, measurement invariance, and reliability across different experience sampling protocols. *Journal of Research in Personality*, 92, 104094. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104094>
156. Kornacka, M., Czepczor-Bernat, K., Napieralski, P., & Brytek-Matera, A. (2021). Rumination, mood, and maladaptive eating behaviors in overweight and healthy populations. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 273–285. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00962-7>
157. Smith, K. E., Mason, T. B., Reilly, E. E., Hazzard, V. M., Borg, S. L., Dvorak, R., ... & Wonderlich, S. A. (2021). Examining prospective mediational relationships between momentary rumination, negative affect, and binge eating using ecological momentary assessment. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100138. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100138>
158. Sala, M., Brosio, L. C., & Levinson, C. A. (2019). Repetitive negative thinking predicts eating disorder behaviors: A pilot ecological momentary assessment study in a treatment-seeking eating disorder sample. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.12.002>
159. Smith, K. E., Schaumberg, K., Reilly, E. E., Anderson, L. M., Schaefer, L. M., Dvorak, R., ... & Wonderlich, S. A. (2021). The ecological validity of trait-level rumination measures among women with binge eating symptoms. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 181–190. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00945-8>
160. Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 61, 9-23.
161. Srivastava, P., Michael, M. L., Manasse, S. M., & Juarascio, A. S. (2021). Do momentary changes in body dissatisfaction predict binge eating episodes? An ecological momentary assessment study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 395–400. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00978-y>
162. Hill, L. S., Reid, F., Morgan, J. F., & Lacey, J. H. (2010). SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 344–351. <https://doi.org/10.1002/eat.20710>
163. Aydemir, Ö., Köksal, B., Sapmaz, S. Y., & Yüceyar, H. (2015). Kadın üniversite öğrencilerinde REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 31.
164. Ammann, S., Berchtold, A., Barrense-Dias, Y., Akre, C., & Surís, J. C. (2018). Disordered eating: The young male side. *Behavioral Medicine*, 44(4), 289-296. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1491866>
165. Azzouzi, N., Ahid, S., Bragazzi, N. L., Berhili, N., Aarab, C., Aalouane, R., ... & Rammouz, I. (2019). Eating disorders among Moroccan medical students: Cognition and behavior. *Psychology Research and Behavior Management*, 129-135. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S194557>

166. Lipson, S. K., & Sonnevile, K. R. (2020). Understanding suicide risk and eating disorders in college student populations: Results from a national study. *International Journal of Eating Disorders*, 53(2), 229-238. <https://doi.org/10.1002/eat.23184>
167. Simioni, N., & Cottencin, O. (2016). Screening for eating disorders in outpatient smoking cessation: Feasibility, pertinence, and acceptance of referral to specific treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 49(11), 1018-1022. <https://doi.org/10.1002/eat.22574>
168. Štefanová, E., Bakalár, P., & Baška, T. (2020). Eating-disordered behavior in adolescents: associations with body image, body composition and physical activity. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6665.
169. Köse, S., Sayar, K., Ak, I., Aydın, N., Kalelioğlu, Ü., Kırpınar, İ., ... & Cloninger, C. R. (2004). Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliliği ve Faktör Yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14(3).
170. Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
171. Erdur-Baker, Ö., & Bugay, A. (2010). The short version of ruminative response scale: Reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 2178-2181. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.422>
172. Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The body appreciation scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285-297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
173. Bakalım, O., & Taşdelen-Karçay, A. (2016). Body Appreciation Scale: Evaluation of the factor structure and psychometric properties among male and female Turkish university students. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(1).
174. Fairburn, C. G. (1993). The eating disorder examination. In *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). Guilford Press.
175. Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-0)
176. Yucel, B., Polat, A., İkiz, T., Dugor, B. P., Elif Yavuz, A., & Sertel Berk, O. (2011). The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 509-511. <https://doi.org/10.1002/erv.1135>
177. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory. *San Antonio, TX: The Psychological Corporation*.
178. Tosun, A. (2006). Depresif belirti düzeyi yüksek kişilerde otobiyografik anıların bilince istemsiz gelişleri ve depresif içerikleri. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(58), 21.
179. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
180. Wrzus, C., & Neubauer, A. B. (2023). Ecological momentary assessment: A meta-analysis on designs, samples, and compliance across research fields. *Assessment*, 30(3), 825-846. <https://doi.org/10.1177/10731911221112994>
181. Myin-Germeys, I., & Kuppens, P. (2021). *The Open Handbook of Experience Sampling Methodology: A step-by-step guide to designing, conducting, and analyzing ESM studies*. Center for Research on Experience Sampling and Ambulatory Methods Leuven (REAL).
182. Mestdagh, M., Verdonck, S., Piot, M., Niemeijer, K., Tuerlinckx, F., Kuppens, P., & Dejonckheere, E. (2022). m-Path: An easy-to-use and flexible platform for ecological momentary assessment and intervention in behavioral research and clinical practice. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/n2r6f>
183. Baxter, K. K., Avrek, A., & Evans, B. (2015, April). Using experience sampling methodology to collect deep data about your users. In *Proceedings of the 33rd annual ACM conference extended abstracts on human factors in computing systems* (pp. 2489-2490). <https://doi.org/10.1145/2702613.2725404>
184. R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
185. George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
186. Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146. <https://doi.org/10.1002/eat.20105>
187. Milano, W., Milano, L., & Capasso, A. (2018). Health consequences of bulimia nervosa. *Biomedical Research and Clinical Practice*, 3(1), 1-5. <https://doi.org/10.15761/BRCP.1000171>

188. Naumann, E., & Svaldi, J. (2021). Influence of suppression and reappraisal on eating-related symptoms and ruminative thinking in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 141, 103851. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103851>
189. Fernández, F., Probst, M., Meerman, R., & Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 307-310. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199411\)16:3<307::AID-EAT2260160312>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199411)16:3<307::AID-EAT2260160312>3.0.CO;2-E)
190. Yamamotova, A., Bulant, J., Bocek, V., & Papezova, H. (2017). Dissatisfaction with own body makes patients with eating disorders more sensitive to pain. *Journal of Pain Research*, 10, 1667-1675. <https://doi.org/10.2147/JPR.S147019>
191. Frank, G. K., Reynolds, J. R., Shott, M. E., & O'Reilly, R. C. (2011). Altered temporal difference learning in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 70(8), 728-735. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.05.016>
192. Miles, S., Nedeljkovic, M., & Phillipou, A. (2023). Investigating differences in cognitive flexibility, clinical perfectionism, and eating disorder-specific rumination across anorexia nervosa illness states. *Eating Disorders*, 31(6), 610-631. <https://doi.org/10.1080/10640266.2023.2190227>
193. Zhu, L. Y., Trolie, V., Miller, A. E., Bickner, E., & Racine, S. E. (2024). Daily instability in body dissatisfaction in individuals with and without eating disorders. *Body Image*, 49, 101688. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101688>
194. Buelens, T., Luyckx, K., Verschueren, M., Schoevaerts, K., Dierckx, E., Depestele, L., & Claes, L. (2020). Temperament and character traits of female eating disorder patients with (out) non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1207. <https://doi.org/10.3390/jcm9041207>
195. Fassino, S., Amianto, F., Sobrero, C., & Abbate Daga, G. (2013). Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Med*, 55(4), 397-413.
196. Tomotake, M., & Ohmori, T. (2002). Personality profiles in patients with eating disorders. *Journal of Medical Investigation*, 49(3/4), 87-96. <https://doi.org/10.2152/jmi.49.87>
197. Frank, G. K., Roblek, T., Shott, M. E., Jappe, L. M., Rollin, M. D., Hagman, J. O., & Pryor, T. (2012). Heightened fear of uncertainty in anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 227-232. <https://doi.org/10.1002/eat.20994>
198. Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., ... & Rapoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10), 861-863. <https://doi.org/10.1038/13158>
199. Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10(3), 295-307. <https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>
200. Vervae, M., Audenaert, K., & Van Heeringen, C. (2003). Cognitive and behavioural characteristics are associated with personality dimensions in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(5), 363-378. <https://doi.org/10.1002/erv.502>
201. Gat-Lazer, S., Geva, R., Gur, E., & Stein, D. (2017). Reward dependence and harm avoidance among patients with binge-purge type eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 205-213. <https://doi.org/10.1002/erv.2496>
202. Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R., & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7(3), 196-203. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.03.004>
203. Monteleone, A. M., Castellini, G., Volpe, U., Ricca, V., Lelli, L., Monteleone, P., & Maj, M. (2018). Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 80, 132-142. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.004>
204. Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
205. Kolar, D. R., Hammerle, F., Jenetzky, E., Huss, M., & Bürger, A. (2016). Aversive tension in female adolescents with Anorexia Nervosa: A controlled ecological momentary assessment using smartphones. *BMC Psychiatry*, 16, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0899-3>

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı, katılmak üzere olduğunuz bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Dila Özçelik tarafından Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu ve Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım'ın danışmanlığında tez çalışmasının bir parçası olarak yürütülmektedir.

İki aşamadan oluşan bu araştırmanın amacı, mizaç özellikleri ve yeme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkinin ruminasyon ve beden memnuniyetsizliği aracılığı ile nasıl şekillendiğinin anlaşılmasıdır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve 18-25 yaş arasında bulunan ve kadın olan herkese açıktır. Bununla birlikte herhangi bir kafa travması öykünüz, geçmişte ya da halen psikiyatrik tanınız, endokrin sistem ve metabolizma hastalığınız ve/veya gebelik durumunuz var ise, bu çalışmaya katılmanız uygun değildir.

Araştırmanın ilk aşamasında uygulanacak anket bataryasının 20 dakika sürmesi beklenmektedir. Çalışmanın ikinci aşamasına katılmak isteyen gönüllülerin kendileri ile iletişim kurulabilmesi için e-posta adreslerini paylaşmaları gerekmektedir. Anketlere verilen yanıtlar ile e-posta adresleri sistem tarafından farklı dosyalarda saklanacak ve kişisel bilgilerin güvenliği sağlanacaktır.

Araştırmanın ikinci aşamasına katılmaya uygun özellikte olan katılımcılar e-posta adresini bırakan gönüllüler arasından araştırmacı tarafından belirlenecek ve kendilerine araştırma daveti iletilecektir. Çalışmanın 13 gün sürecek bu ikinci aşamasında, gün içinde rastgele saatlerde telefonunuza gönderilecek anlık kısa anketleri doldurmanız istenecektir. Bu anketlere erişmeniz için internet bağlantısı olan akıllı telefonunuza bir uygulama yüklemeniz gerekecektir. Bu uygulama telefonunuzda bulunan hiçbir kişisel bilgiye, görüntüye, lokasyon bilgisine ya da kamera, mikrofon gibi donanımlara erişim sağlamayacaktır. Bu uygulama aracılığıyla anket yanıtlarınız hiçbir kişisel bilginizle eşleştirilmeden araştırmacıya iletilecektir.

Çalışmanın ilk aşamasını eksiksiz ve ikinci aşamasında en az 70 anketi tamamlayan katılımcılara, isteklerini belirtmeleri dahilinde, yeme davranışlarının hangi durumlarda değişiklikler gösterdiğine dair detaylı bir rapor sunulacaktır.

Gönüllü katılım sağladığınız takdirde tüm araştırma boyunca sağladığınız bilgiler sadece araştırma yürütücüsü ve araştırma ekibi tarafından bilimsel amaçlar için kullanılacak ve hiçbir şekilde üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Vermiş olduğunuz bilgiler kendi oluşturduğunuz ve sadece sizin bildiğiniz kişisel kodla 5 yıl boyunca saklanacaktır. Dilediğiniz zaman, hiçbir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilir, anketi tamamlamadan bırakabilir ya da anketi tamamladıktan sonra bilgilerinizin kullanılmamasını talep edebilirsiniz. Eğer bilgilerinizin kullanılmasını istemiyorsanız, lütfen proje yürütücüleri ile iletişime geçiniz. Kişisel kodunuz sayesinde kaydedilen verilerinize ulaşılacak ve verdiğiniz bilgiler tamamen silinerek çalışmaya dahil edilmeyecektir.

Sorularınız için aşağıdaki e-posta adresinden iletişime geçebilirsiniz.

Klinik Psikolog Dila Özçelik

“Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum, 18-25 yaş arasında bulunan bir kadın olduğumu, kafa travması öyküü, geçmişte almış olduğum ya da halen süren psikiyatrik tanım, endokrin sistem ve metabolizma hastalığım ve/veya gebelik durumum olmadığımı beyan ederek araştırmanın birinci aşamasına katılmayı kabul ediyorum.”

Araştırmacı:

Dila zelik

İmza:

Katılımcı:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Lütfen yalnızca kendinizin bileceği bir kişisel kod oluşturunuz ve **bu kodu mutlaka not alınız**. Kişisel kodunuz, babanızın isminin ilk iki harfi, annenizin isminin ilk iki harfi ve kendi doğum ayınızdan oluşmalı ve “BÜYÜK HARFLERLE” yazılmalıdır. Örneğin baba ismi **Ali**, anne ismi **Fatma**, doğum günü 12.07.1992 olan bir katılımcının kişisel kodu **ALFA07** olmalıdır.

EK-3. Demografik Form

Yaşınız:

Biyolojik Cinsiyetiniz: 1.Kadın 2.Erkek 3.Diğer

Geçmişte ya da günümüzde almış olduğunuz psikiyatrik tanınız var mı? Evet, var/ Hayır, yok.

Herhangi bir kafa travması öykünüz var mı? Evet, var/ Hayır, yok.

Gebelik ya da şüpheli gebelik durumunuz var mı? Evet, var/ Hayır, yok.

Eğitim Durumunuz:

1. Okuryazar değilim.
2. İlköğretim
3. Ortaöğretim
4. Lise
5. Lisans
6. Yüksek Lisans/ Doktora

İş Durumunuz: Çalışıyorum/ Çalışmıyorum

Aylık geliriniz:

1. Düzenli gelirim yok.
2. 0-7000 TL arası
3. 7001-14000 TL arası
4. 14001-18000 TL arası
5. 18001 TL ve üzeri

Kendinize ait, internet bağlantısı olan bir telefonunuz var mı? Evet, var/ Hayır, yok.

E-posta adresiniz: (Çalışmanın ikinci aşaması hakkında bilgi ve davet almak isterseniz lütfen e-posta adresinizi paylaşınız, ikinci amaya katılması istemez iseniz bu soruyu boş bırakabilirsiniz:

EK-4. REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği Maddeleri

Lütfen kendiniz için uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
Rahatsız edici şekilde tok hissettiğiniz için kendinizi kusturuyor musunuz?		
Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolü kaybettiğiniz için endişeleniyor musunuz?		
Son zamanlarda üç ayda altı kilogramdan fazla zayıfladınız mı?		
Başkaları çok zayıf olduğunuzu söylediği halde şişman olduğunuza inanıyor muydunuz?		
Yemeğin hayatınıza hükmettiğini düşünüyor musunuz?		

EK-5. Karakter ve Mizaç Envanteri- Mizaç Alt Ölçekleri Örnek Maddeleri

Lütfen kendiniz için uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ
Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünsem bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.		
Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.		
Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şirden derinden etkilenirim.		
Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.		
Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim		
İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.		
İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.		
Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.		
Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.		
Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.		
Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.		
Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (çok hızlı araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.		
Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.		
Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.		
Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.		
Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.		

Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgimi sürdürmem güçtür.		
Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.		
Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım		
Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.		
Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.		
Her zaman yalnız olmak beni rahatsız etmez.		
Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.		
Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.		
Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.		
Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.		
Çoğu kimseden daha duygusalımdır.		
Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.		
Çoğu kimseden daha çok çalışırım.		
Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.		
Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.		
Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.		
Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.		
Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.		
Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.		
Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.		

Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.		
Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.		
Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.		
Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.		
Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.		
Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.		
Hafif rahatsızlık yada gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.		
Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.		
Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.		
Duygusal yakarışlardan (ör: kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.		
Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.		
Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.		
Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.		
Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.		
Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.		
Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.		
İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemedenden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.		
Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.		
Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.		
Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.		

Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.		
Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.		
Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.		
Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.		
Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.		
Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.		
Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.		
Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.		
Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.		
Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.		
Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.		
Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.		
Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.		
Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.		
Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.		
Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir.		
Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim.		
Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.		
Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.		
Düşündüğümde daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.		
Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.		

Kendim için bir şeyler satın almak eğlencidir.		
Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.		
Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.		
Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.		
Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.		
Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.		
Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.		
Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.		
İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.		
Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.		
Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.		
Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.		
Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.		
Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.		
Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.		
Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.		
Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.		
İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.		
Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.		
Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.		

Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissedirim.		
Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.		
Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.		
Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.		
Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.		
Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissedirim.		
Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.		
Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissedirim.		
Herhangi bir kâğıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.		
Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.		

EK-6. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu Örnek Maddeleri

İnsanlar kötü bir deneyim yaşadıklarında bir sürü farklı şey yapar ya da düşünürler.

Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyup, son iki hafta içinde, belirtilenleri ne kadar sıklıkta yaptığınızı işaretleyin. Lütfen, ne yapmanız gerektiğini değil, gerçekte ne yaptığınızı belirtin.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
"Bunu hak etmek için ne yaptım" diye ne sıklıkla düşünüyorsun?				
Son zamanlarda yaşadığın olayları analiz edip "Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum" diye ne sıklıkla düşünüyorsun?				
"Niye bu şekilde bir tepki gösteriyorum?" diye ne sıklıkla düşünüyorsun?				
Ne sıklıkla, düşüncelerini yazıp, çözümlemeye ve anlamaya çalışıyorsun?				
Son zamanlarda yaşadığın olaylar hakkında "Keşke daha iyi sonuçlansaydı" diye ne sıklıkla düşünüyorsun?				
"Niye benim problemlerim var da, diğer insanların yok" diye ne sıklıkla düşünüyorsun?				
"Neden olayları daha iyi idare edemiyorum" diye ne sıklıkla düşünüyorsun?				
Kişilik özelliklerini analiz edip "Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum" diye ne sıklıkla düşünüyorsun?				
Ne sıklıkla tek başına bir yere gidip duygularını anlamaya çalışıyorsun?				

EK-7. Beden Memnuniyeti Ölçeği Örnek Maddeleri

Lütfen kendiniz için uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Bedenim konusunda kendimi iyi hissediyorum.					
Genel olarak bedenimden memnunum.					
Kusurlarına rağmen bedenimi olduğu gibi kabul ediyorum.					
Bedenimin en azından bazı iyi özellikleri olduğunu hissediyorum.					
Bedenime karşı olumlu tutum takınıyorum.					
Benim kendime verdiğim değer bedenimin şekli ya da kilom ile bağlantılı değil.					
Bedenimin şeklini veya kilomu çok da dert etmiyorum.					
Bedenimin çoğu bölümü için olumlu duygular besliyorum.					
Kusurlarına rağmen, hala bedenimi seviyorum.					

EK-8. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Örnek Maddeleri

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

	Hiçbirinde	1-5 Gün	6-12 Gün	13-15 Gün	23-27 Gün	Her Gün
1- Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kısıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)						
2- Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?						
3- Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)						
4- Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?						
5- Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. Kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir)						
6- Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?						
7- Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. Çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?						
8- Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin,						

İlgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?						
9- Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?						
10- Kilo alabileceğinizden belirgin biçimde korktunuz?						
11- Kendinizi şişman hissettiniz?						
12- Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?						

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen aşağıdaki soruları, sizin için uygun olan sayılarla cevaplandırınız. Soruların yalnızca son 4 haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

13- Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14- Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?	
15- Son 28 günün kaç gününde aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	
16- Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?	
17- Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	
18- Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?	

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen aşağıdaki soruları, sizin için uygun olan sayılarla cevaplandırınız. Soruların yalnızca son 4 haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız. Lütfen bu sorular için “tıkınırcasına yeme” teriminin mevcut koşullarda başkalarına göre

alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

	Hiçbir gün	1-5 gün kadar	6-12 gün kadar	13-15 gün kadar	16-22 gün kadar	23-27 gün kadar	Hemen her gün
19- Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)							
20- Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)							
21- Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)							

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen aşağıdaki soruları, sizin için uygun olan sayılarla cevaplandırınız. Soruların yalnızca son 4 haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Hiçbir gün	1-5 gün kadar	6-12 gün kadar	13-15 gün kadar	16-22 gün kadar	23-27 gün kadar	Hemen her gün
22- Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?							
23- Bedeninizin şekli kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?							

24- Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi?							
25- Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?							
26- Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?							
27- Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?							
28- Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da elbiseler giyerken)							

Kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız.)	
Boyunuz ne kadar? (lütfen en yakın tahmini yapınız.)	
Geçtiğimiz 3-4 aylık dönemde hiç menstrüasyon (adet kanaması) yokluğu oldu mu?	
Menstrüasyon (adet kanaması) durumunuzda aksama oldu ise kaç kez aksama oldu?	
Menstrüasyon (adet kanaması) yaşadığınız aksama nedeniyle ilaç kullanıyor musunuz?	



EK-9. Beck Depresyon Ölçeği Ölçeği Örnek Maddeleri

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir

1(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



EK-10. Ekolojik Anlık Değerlendirme Anket Soruları

Madde	Yanıt Türü	Amaç
-------	------------	------

Şu an Kaygılı hissediyorum.	0-100 Likert	Anlık Duygulanım (Nötr Uyarılma)
Şu an neşeli hissediyorum.	0-100 Likert	Anlık Duygulanım (Nötr Uyarılma)
Şu an üzgün hissediyorum.	0-100 Likert	Anlık Duygulanım (Nötr Uyarılma)
Şu an rahatlamış hissediyorum.	0-100 Likert	Anlık Duygulanım (Nötr Uyarılma)
Şu an hatalarımı, başarısızlıklarımı veya kayıplarımı düşünüyorum.	0-100 Likert	Ruminasyon Şiddeti
Şu anda başıma gelen olumsuz bir şey hakkında düşünüyorum.	0-100 Likert	Ruminasyon Şiddeti
Şu anda üzücü bir sorun hakkında düşünüyorum.	0-100 Likert	Ruminasyon Şiddeti
Şu anda duygularım hakkında düşünüyorum.	0-100 Likert	Ruminasyon Şiddeti
Yeme davranışımı neden daha iyi idare edemediğimi düşünüyorum.	0-100 Likert	YB'ye Özgü Ruminasyon Şiddeti
Yiyeceklerle alakalı verdiğim tepkilerin neden bu şekilde olduğunu düşünüyorum.	0-100 Likert	YB'ye Özgü Ruminasyon Şiddeti
Daha iyi olmasını dilediğim son öğünüm hakkında düşünüyorum.	0-100 Likert	YB'ye Özgü Ruminasyon Şiddeti
Yeme, kilo ve/veya beden şeklimle ilgili neden sorun yaşadığımı düşünüyorum.	0-100 Likert	Beden memnuniyeti şiddeti
Beden görünüşümden memnunum.		

Lütfen son bildirimden bu yana aşağıdaki davranışları ne sıklıkla yaptığınızı puanlayınız:	0-100 Likert	YB Semptom Şiddeti
Yeme kısıtlama	0-100 Likert	YB Semptom Şiddeti
Tartılma	0-100 Likert	YB Semptom Şiddeti
Beden kontrolü (ölçülerinize, bedeninizin şekline, bedeninizin görüşüne ya da kilonuza dair bilgi edinmeye çalışmak)	0-100 Likert	YB Semptom Şiddeti
İsteyerek kusma ya da müshil ve/veya idrar söktürücü ilaç kullanımı gibi telafi edici davranışlar (yemenin suçluluğundan arındırarak, yediklerinizin kalori ya da miktarını azaltacağını düşündüğünüz herhangi bir davranış)	0-100 Likert	YB Semptom Şiddeti
Aşırı egzersiz (kilo almaktan sakınmak için kendinizi zorlayarak yaptığınız spor)	0-100 Likert	YB Semptom Şiddeti
Tıkınma (benzer koşullar ve benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden daha çok yiyeceği, yeme ile ilgili denetiminin kalktığı duygusu ile ayrı bir zaman diliminde yeme)		
